

# Kaksin aina kaunihimpi?

5-6-vuotiaiden lasten sosiaalisten verkostojen koon ja rakenteen yhteys lasten hyvinvointiin

Noora Heinonen

Yhteiskunta – ja kulttuuritieteiden yksikkö

Tampereen Yliopisto

Pro Gradu-tutkielma

Kevät 2014

## TAMPEREEN YLIOPISTO

Yhteiskunta – ja kulttuuritieteiden yksikkö

HEINONEN, NOORA: Kaksin aina kauniimpi; 5–6-vuotiaiden lasten sosiaalisten verkostojen koon ja rakenteen yhteys lasten hyvinvointiin.

Pro Gradu – tutkielma, 89 s., 14 liite s.

---

### TIIVISTELMÄ

Ihminen sosiaalisena olentona on luotu elämään muiden kanssaihminen ympäröimänä. Muut ihmiset ovat varhaislapsuudesta alkaen lapsen hengissä säilymisen, kehityksen ja hyvinvoinnin perusta. Lapsi on syntymästään asti sosiaalisessa vuorovaikutuksessa arkisissa tilanteissa hänen kasvuympäristössään elävien ihmisten kanssa. Lasten sosiaaliset verkostot muodostuvat lasten kasvuympäristössä ilmenevien sosiaalisten suhteiden ja niiden tarjoaman turvan, kiintymyksen, rakkauden yms. sosiaalisen tuen perustalle.

Koska lapsen kasvuympäristössä ilmenevät sosiaaliset suhteet ovat lapsen hyvinvoinnin perusta, lapsen sosiaaliset suhteet saattavat olla myös lapsen hyvinvoinnin kannalta ongelmallisia ja luoda turvattomuutta. Mielenkiintoiseksi kysymykseksi nouseekin se, millaista hyvinvoinnin resurssia lasten sosiaalisen verkoston rakenteeseen ja kokoon liittyvät tekijät palvelevat.

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan kvantitatiivisella tutkimusotteella 5–6-vuotiaiden lasten sosiaalisten verkostojen kokoa ja rakennetta sekä heidän sosiaalisten verkostojensa koon ja rakenteen yhteyttä lasten hyvinvointiin. Tutkimusaineistona on vuonna 2003 satunnaisotannalla väestötietorekisterijärjestelmästä poimittu 297 lapsen otos. Tutkimus on toteutettu osana Tampereen yliopiston ”Children’s Well-Being and Media in Societal and Cultural Context”- tutkimusprojektia, jonka johtajana on toiminut professori Anja Riitta Lahikainen. Tutkimuksessa mitattiin lasten sosiaalisten verkostojen rakennetta ja kokoa lapsille suunnatun sosiaalisten verkostojen maalitaulu-diagrammimittauksen avulla. Lasten hyvinvointia puolestaan arvioitiin kansainvälisesti tunnetulla ja validiteetiltään hyvällä Child Behavior Checklist- menetelmällä.

Tutkimus tuloksena oli, että 5–6-vuotiaiden lasten sosiaalisen verkoston rakenne ja koko olivat yhteydessä lasten hyvinvointiin riippuen sosiaalisen verkoston rakenteellisista sekä kokoon liittyvistä ominaispiirteistä. Samankaltaiset lasten sosiaalisen verkoston rakenteelliset ominaisuudet olivat samansuuntaisesti yhteydessä lasten hyvinvointia kuvaaviin oireulottuvuuksiin. Lasten hyvinvoinnin todettiin lisääntyvän, mitä enemmän lapsilla oli sosiaalisessa verkostossaan lähimpiä ihmissuhteita ja perhesuhteita. Lasten hyvinvoinnin todettiin lisääntyvän myös silloin, kun lasten sosiaalisessa verkostossa perheen ulkopuolisia ihmissuhteita ei ollut liian vähän tai liikaa. Lasten sosiaalisten verkostojen koolla ja rakenteella todettiin yhteys etenkin lasten emotionaaliseen oireiluun. Lasten ydinverkoston koolla todettiin yhteys emotionaalisen oireilun lisäksi myös lasten käyttäytymishäiriöihin.

Avainsanat: Lapset, sosiaalinen verkosto, hyvinvointi, Child Behavior Checklist-menetelmä, kvantitatiivinen tutkimus, sosiaalipsykologia

## Sisällysluettelo

1. JOHDANTO .....	1
2. AIKAISEMPI TUTKIMUS .....	2
2.1 Lasten hyvinvoinnin tutkimus .....	2
2.2 ”Children’s Well Being and Media in Societal and Cultural Context”- tutkimusprojekti.....	4
2.3 Lapsen hyvinvoinnin psykiatrinen näkökulma .....	6
2.4 Sosiaalisen verkoston tutkimus.....	8
2.4.1 Verkostotutkimuksen juuret .....	8
2.4.2 Sosiaalinen verkosto verkostotutkimuksen käsitteenä .....	9
2.4.3 Lasten sosiaalisten verkostojen tutkimus.....	10
2.4.4 Tutkimuksia sosiaalisen verkoston hyvinvointivaikutuksista .....	12
3. TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	14
4. TEORIA .....	14
4.1 Sosiaaliset ympäristöt lapsen hyvinvoinnin kulmakivenä .....	15
4.2 Bergerin ja Luckmannin teoria lapsen sosialisointiprosessista .....	17
4.3 Bowlbyn kiintymyssuhdeteoria ja lapsen hyvinvointi .....	18
4.4 Sosiaalisen saattueen-malli lapsen sosiaalisen verkoston kuvaajana.....	20
5. TUTKIMUKSEN MITTARIT JA MENETELMÄT .....	23
5.1 Tutkimusaineiston keruu prosessi.....	23
5.2 Otos ja kadon analyysi.....	24
5.3 Mittarit .....	25
5.3.1 5–6-vuotiaiden lasten puolistrukturoitu maalitauludiagrammamittaus .....	25
5.3.2 Child Behavior Checklist-menetelmä lasten hyvinvoinnin mittarina.....	31
5.4 Aineiston analyysimenetelmät.....	35
6. ANALYYSI.....	37
6.1 Kokonaisverkoston koon yhteys lasten hyvinvointiin .....	37
6.2 Perheverkoston ja ydinverkoston ihmissuhteiden määrän yhteys lasten hyvinvointiin.....	40
6.3 Perheen ulkopuolisten sosiaalisten suhteiden määrän yhteys lasten hyvinvointiin .....	47
6.4 Sukupuolen yhteys lasten sosiaalisen verkoston kokoon .....	58
6.5 Tyttöjen ja poikien sosiaaliset verkostot ja hyvinvointi kaksisuuntaisen varianssianalyysin mukaan ...	59
7. TUTKIMUSTULOSTEN YHTEENVETO, JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	67
7.1 Tutkimustulosten yleistettävyyden ja käytettyjen mittareiden ongelmat.....	67
7.2 Sosiaalisen verkoston koon ja rakenteen yhteys lasten hyvinvointiin .....	73
7.3 Tyttöjen ja poikien sosiaaliset verkostot ja hyvinvointi .....	79
7.4 Sosiaaliset verkostot lasten hyvinvoinnin kulmakivenä .....	81
7.5 Lopuksi .....	84
LÄHTEET .....	86
LIITTEET .....	90

## KUVIOT:

Kuvio 1. Kuvio 1. Kahnin ja Anttonuccin (1980) sosiaalisen saattueen-malli	s.21
Kuvio 2. Lasten vanhempien (N= 279) täyttämien CBCL- arviointien perusteella lasketut yksittäisten oireulottuvuuksien summapistemäärien keskiarvot lasten kokonaisverkoston kokoa kuvaavissa verkostoluokissa	s.39
Kuvio 3. Lasten vanhempien (N= 279) täyttämien CBCL-arviointien perusteella lasketut lasten käyttäytymishäiriöiden kokonaisoireilua, emotionaalista kokonaisoireilua ja lasten oireilun kokonaisesiintyvyyttä kuvaavien CBCL-summapistemäärien keskiarvot lasten kokonaisverkoston kokoa kuvaavissa verkostoluokissa.	s.39
Kuvio 4. Lasten vanhempien (N= 279) täyttämien CBCL- arviointien perusteella lasketut yksittäisten oireulottuvuuksien summapistemäärien keskiarvot lasten perheverkoston kokoa kuvaavissa verkostoluokissa	s.41
Kuvio 5. Lasten vanhempien (N= 279) täyttämien CBCL- arviointien perusteella lasketut lasten käyttäytymishäiriöiden kokonaisoireilua, emotionaalista kokonaisoireilua ja lasten oireilun kokonaisesiintyvyyttä kuvaavien CBCL-summapistemäärien keskiarvot lasten perheverkoston kokoa kuvaavissa verkostoluokissa.	s.42
Kuvio 6. Lasten vanhempien (N= 279) täyttämien CBCL- arviointien perusteella lasketut yksittäisten oireulottuvuuksien summapistemäärien keskiarvot lasten sisarusten määrää kuvaavissa verkostoluokissa	s.44
Kuvio 7. Lasten vanhempien (N= 279) täyttämien CBCL- arviointien perusteella lasketut lasten käyttäytymishäiriöiden kokonaisoireilua, emotionaalista kokonaisoireilua ja lasten oireilun kokonaisesiintyvyyttä kuvaavien CBCL-summapistemäärien keskiarvot lasten sisarusten määrää kuvaavissa verkostoluokissa.	s.44
Kuvio 8. Lasten vanhempien (N= 279) täyttämien CBCL- arviointien perusteella lasketut yksittäisten oireulottuvuuksien summapistemäärien keskiarvot lasten ydinverkostoa kuvaavissa verkostoluokissa	s.46
Kuvio 9. Lasten vanhempien (N= 279) täyttämien CBCL- arviointien perusteella lasketut lasten käyttäytymishäiriöiden kokonaisoireilua, emotionaalista kokonaisoireilua ja lasten oireilun kokonaisesiintyvyyttä kuvaavien CBCL-summapistemäärien keskiarvot lasten ydinverkostoa kuvaavissa verkostoluokissa.	s.47
Kuvio 10. Lasten vanhempien (N= 279) täyttämien CBCL- arviointien perusteella lasketut yksittäisten oireulottuvuuksien summapistemäärien keskiarvot lasten perheen ulkopuolisen verkoston kokoa kuvaavissa verkostoluokissa	s.49
Kuvio 11. Lasten vanhempien (N= 279) täyttämien CBCL-arviointien perusteella lasketut lasten käyttäytymishäiriöiden kokonaisoireilua, emotionaalista kokonaisoireilua ja lasten oireilun kokonaisesiintyvyyttä kuvaavien CBCL-summapistemäärien keskiarvot lasten perheen ulkopuolisen verkoston kokoa kuvaavissa luokissa.	s.49
Kuvio 12. Lasten vanhempien (N= 279) täyttämien CBCL- arviointien perusteella lasketut yksittäisten oireulottuvuuksien summapistemäärien keskiarvot lasten isovanhempien määrää kuvaavissa verkostoluokissa	s.51
Kuvio 13. Lasten vanhempien (N= 279) täyttämien CBCL- arviointien perusteella lasketut lasten käyttäytymishäiriöiden kokonaisoireilua, emotionaalista kokonaisoireilua ja lasten oireilun kokonaisesiintyvyyttä kuvaavien CBCL-summapistemäärien keskiarvot lasten isovanhempien määrää kuvaavissa verkostoluokissa.	s.51

Kuvio 14. Lasten vanhempien (N= 279) täyttämien CBCL- arviointien perusteella lasketut yksittäisten oireulottuvuuksien summapistemäärien keskiarvot lasten perheen ulkopuolisten lasten määrää kuvaavissa verkostoluokissa s.54

Kuvio 15. Lasten vanhempien (N= 279) täyttämien CBCL- arviointien perusteella lasketut lasten käyttäytymishäiriöiden kokonaisoireilua, emotionaalista kokonaisoireilua ja lasten oireilun kokonais-esiintyvyyttä kuvaavien CBCL-summapistemäärien keskiarvot lasten perheen ulkopuolisten lasten määrää kuvaavissa verkostoluokissa. s.54

Kuvio 16. Lasten vanhempien (N= 279) täyttämien CBCL- arviointien perusteella lasketut yksittäisten oireulottuvuuksien summapistemäärien keskiarvot lasten perheen ulkopuolisten aikuisten määrää kuvaavissa verkostoluokissa s.57

Kuvio 17. Lasten vanhempien (N= 279) täyttämien CBCL arviointien perusteella lasketut lasten käyttäytymishäiriöiden kokonaisoireilua, emotionaalista kokonaisoireilua ja lasten oireilun kokonais-esiintyvyyttä kuvaavien CBCL-summapistemäärien keskiarvot lasten perheen ulkopuolisten aikuisten määrää kuvaavissa verkostoluokissa. s.57

#### TAULUKOT:

Taulukko 1. Taulukko 1. Sosiaalisen verkoston summamuuttujat s.27

Taulukko 2. Lasten (N= 291) verkostomuuttujien tunnusluvut s.30

Taulukko 3. Lasten sosiaalisen verkoston rakennetta ja kokoa kuvaavat luokitellut verkostomuuttujat ja lasten frekvenssit verkostomuuttujien suppeassa, keskikokoisessa ja suuressa verkostoluokassa s.31

Taulukko 4. CBCL/1991 menetelmän oireulottuvuudet tutkimuksessa s.33

Taulukko 5. Otostiedot lasten oireilun CBCL/1991 mittauksesta s.35

Taulukko 6. Tyttöjen T (N=137) ja poikien P (N=154) sosiaalisen verkoston keskimääräisen koon vertailu ja t-testin tunnusluvut s.58

Taulukko 7. Tyttöjen T (N= 128) ja poikien P (N=145) CBCL t-pisteiden kokonaisoireulottuvuuksien keskiarvojen vertailu lasten perheverkoston kokoa kuvaavissa verkostoluokissa. s.60

Taulukko 8. Tyttöjen T (N= 128) ja poikien P (N=145) CBCL t-pisteiden keskiarvojen vertailu lasten perheverkoston sisarusten määrää kuvaavissa verkostoluokissa. s.61

Taulukko 9. Tyttöjen T (N= 128) ja poikien P (N=145) CBCL t-pisteiden kokonaisoireulottuvuuksien keskiarvojen vertailu ydinverkoston kokoa kuvaavissa verkostoluokissa. s.63

Taulukko 10. Tyttöjen T (N= 128) ja poikien P (N=145) CBCL t-pisteiden keskiarvojen vertailu lasten sosiaalisen verkoston perheen ulkopuolisten lasten määrää kuvaavissa verkostoluokissa. s.65

Taulukko 11. Tyttöjen T (N= 128) ja poikien P (N=145) CBCL t-pisteiden keskiarvojen vertailu perheen ulkopuolisen verkoston perheen ulkopuolisten aikuisten määrää kuvaavissa verkostoluokissa. s.67

Taulukko 12. Yhteenveto tuloksista s.73

## 1. JOHDANTO

*Lapsi: "Pelkään olla kotona yksin."*

*Haastattelija: "Mitä sinä silloin teet kun olet yksin kotona ja sinua pelottaa?"*

*Lapsi: "Otan hamsterini polvieni alle ja sitten meitä on siinä kaksi. Silloin minua ei enää pelota."*

*"Children`s Well-Being and Media in Societal and Cultural Context"-tutkimusprojektissa vuonna 2002 kerätty 6-vuotiaan lapsen haastattelu*

Kaksin aina kauniimpi, kuuluu vanha sananlasku. Tämä käy esille myös yllä olevasta "Children`s Well-Being and Media in Societal and Cultural Context" -projektissa kerätystä 6-vuotiaan lapsen haastattelukatkelmasta. Se, että lapsella on lähellään yksikin ihminen tai katkelman lapsen tapauksessa edes hamsteri, lisää hänen hyvinvointiaan. Ihminen sosiaalisena olentona on luotu elämään muiden kanssaihminen ympäröimänä. Muut ihmiset ovat varhaislapsuudesta alkaen lapsen hengissä säilymisen, kehityksen ja hyvinvoinnin perusta. Sosiaaliset suhteet voivat kuitenkin olla lapsen hyvinvoinnin kannalta myös ongelmallisia. Sosiaalisia suhteita saattaa esimerkiksi olla lapsen kasvuympäristössä liikaa, jolloin sosiaaliset suhteet muuttuvat hänen hyvinvointinsa kannalta ongelmalliseksi ja luovat lapsen sosiaalisessa maailmassa epäjärjestystä ja kaaosta. Lapsi ei tällöin mahdollisesti pysty ikätasonsa mukaisesti käsittelemään sosiaalisen ympäristönsä "informaatiota" ja kokee olonsa turvattomaksi. Sosiaalisen maailman liika kuormitus voi purkautua lapsen psyykkisenä oireiluna ja käyttäytymishäiriöinä eli toisin sanoen lapsen kokemana pahoinvointina.

Lapset ovat arkielämässä kosketuksissa erilaisiin kasvuympäristöihin kuten esimerkiksi päiväkotiin, kerhoon, esikouluun, kouluun ja kotiin. Lasten sosiaaliset suhteet rakentuvat lasten kasvuympäristön ja sen tarjoamien sosiaalisten kontaktien varaan. Lasten sosiaalisten verkostojen muotoutumiselle tärkeää kasvuympäristön tarjoamien sosiaalisten kontaktien lisäksi on lasten oma käsitys heille tärkeiden ihmisten olemassaolosta ja sosiaalisten suhteidensa laadusta. Lasten kasvuympäristöt ja sosiaaliset suhteet vaihtelevat myös lasten iän ja kognitiivisen kehitystason mukaisesti. Yleensä pienten lasten kannalta tärkein kasvuympäristö on lapsen perhe, ja lapsen kasvaessa vanhemmaksi tärkeät ihmissuhteet laajenevat myös kodin ulkopuolelle.

Lasten hyvinvointiin vaikuttavat myös lasten välittömästä kasvuympäristöstä "etäämmät" mutta siihen välillisesti liittyvät tekijät. Esimerkiksi keskustelu hallituksemme kaavailemasta suomalaisen yhteiskuntaamme ja lapsiemme elämään vaikuttavasta kodinhoidontuen muutoksesta on viimeaikoina ollut esillä. Kodinhoidontuen muutos ulottuu jokaisen suomalaisen lapsen elämään viimeistään silloin, kun lasten vanhemmat päättävät, kuinka pitkään lapsen välitön sosiaalinen

kasvuympäristö on kotona ja koska kasvuympäristön olisi aika siirtyä myös kodin ulkopuolelle esimerkiksi päivähoitoon. Yhteiskunnassamme vallitseva aikuisiin keskittyvä suorituskaskeisuus on mahdollisesti omiaan jättämään lapsuuden aikuisuuden jalkoihin esimerkiksi lapsen elämään välillisesti vaikuttavassa päätöksenteossa ja yhteiskunnallisessa toiminnassa. Harvoin lapsen oikeus mahdollisimman hyvään kasvuympäristöön ja elämään on yhteiskunnallisessa päätöksenteossa painavin asia, vaikka lasten syrjäytymisestä puhutaankin julkisessa keskustelussa paljon ja uusia lasten syrjäytymisen vastaisia projekteja käynnistetään jatkuvasti.

Kahden pienen lapsen äitinä olen pohtinut lasten hyvään kasvuympäristöön liittyviä kysymyksiä paljon. Lasteni hyvinvointiin liittyvät valinnat ovat johdattaneet minua myös sosiaalispsykologian opintojeni parissa pohtimaan lasten hyvinvoinnin ja sosiaalisen ympäristön välistä suhdetta. Lapsuuden tutkimuksen kentällä uraansa tehneen professori Anja Riitta Lahikaisen tavatessani ja tehdessäni kandidaatin tutkielmani hänen johtamassaan ”Children`s Well Being and Media in Societal and Cultural Context” – tutkimusprojektissa, aloin entistä syvemmin pohtia lasten kasvu- ympäristöjen ja sosiaalisten suhteiden mahdollista yhteyttä lasten hyvinvointiin.

Tässä tutkimuksessa tarkoituksena on etsiä vastausta siihen, ovatko lasten sosiaalisen verkoston ominaispiirteet yhteydessä lasten hyvinvointiin. Tutkimus on toteutettu osana Tampereen yliopistossa vuonna 2003 alkanutta ”Children`s Well-Being and Media in Societal and Cultural Context”- tutkimusprojektia, joka on aina viime vuosiin saakka toteuttanut tutkimusta lasten hyvinvoinnista erilaisissa konteksteissa. Tutkimusprojektin johtajana ja itselleni suurena lasten sosiaalisen maailman tutkimuksen innoittajana on toiminut Tampereen yliopiston professori Anja Riitta Lahikainen.

## **2. AIKAISEMPI TUTKIMUS**

### **2.1 Lasten hyvinvoinnin tutkimus**

Lasten ja nuorten syrjäytymisestä puhutaan nykypäivänä paljon, ja syrjäytymisen vastaisia hankkeita perustetaan jatkuvasti lisää. Näin ei kuitenkaan ole ollut aina. Lasten hyvinvointia ei ole sosiaalitieteissä tutkittu vielä montaakaan vuosikymmentä eikä lasten hyvinvointi ole aina puhuttanut niin paljon kuin nykyään. Esimerkiksi Bardy (1996) arvioi, että lapsuutta on perinteisesti länsimaaisissa kulttuureissa pyritty määrittämään suhteessa aikuisuuteen. Lapsi on nähty kohti aikuisuutta kasvavana ihmisenä ja aikuisuus valmiimpana, tavoiteltavampana ja täydellisempänä kehitystasena. Ritala-Koskisen (2001, 44–45) mukaan lapsuutta on sosiologisessa tutkimus-

perinteessä alettu tutkia vasta 1980-luvulta lähtien lasten omasta näkökulmasta käsin. Uudeksi lapsuuden tutkimukseksi nimetyssä tutkimusperinteessä lapsuutta lähestytään ottaen huomioon lapsen subjektiivinen todellisuus ja kokemusmaailma. Hänen mukaansa mukaan uudessa lapsuuden tutkimuksessa myös kritisoidaan perinteisiä sosialisatioteorioita, joissa lapsuus nähdään kohti aikuisuutta kasvavana ihmisenä.

Lapsuuden tutkimuksessa edistyi 1980-luvulla, sillä lasten olematon asema tutkimuksen tekemisessä ja yhteiskunnallisessa päätöksenteossa tiedostettiin. Suomen akatemian ensimmäinen lapsitutkimusohjelma syntyi 1980 – ja 1990 lukujen vaihteessa. Pohjoismaisena yhteistyönä tehty BASUN-projekti ja eurooppalainen suurprojekti Childhood as a Social Phenomenon uudistivat lapsuuden tutkimuksen kenttää ja tutkivat lapsia ja lapsuutta uudesta näkökulmasta. (Järventie ja Sauli 2001, 9.) Esimerkkinä lapsuuden tutkimuksen innoittamasta kokoavasta otteesta on Tilastokeskuksen Suomalainen lapsi julkaisu, josta voi lukea lisää tähän tutkimukseen liittyen lasten psykiatrisen oireilun tutkimista käsittelevästä luvusta (s.6).

Järventie (2006) tarkastelee lapsuuden tutkimuksen ongelmia kirjoittamassaan artikkelissa: Teorioiden ja metodien lapset - oikean ja väärän tuloksen dilemma tutkimuksessa. Vaikka uusi lapsuuden tutkimus edistikin lapsuuden tutkimusta ja nosti lapsen oman maailman tutkimuksen teon keskiöön, Järventien (emt., 15) mukaan Suomessa lapsia ja lapsuutta on tutkittu siinä mielessä aikuisuuden kontekstista käsin, että lasten asiat ovat kiinnostaneet lähinnä tulevaisuuden vähenevänä työvoimaresurssina eli toisin sanoen yhteiskunnan taloudellisia rakenteita mahdollisesti uhkaavana asiana. Lasten asioita tarkastellaankin hänen mukaansa poliittisesti tämän vuoksi, eikä esimerkiksi lasten ongelmallisen käytöksen ja pahoinvoinnin vuoksi. Perheestä ja lapsista on Järventien mukaan puhuttu enemmän julkisesti kuitenkin 2000-luvulla kuin aikaisemmin. Tämä keskustelu ei kuitenkaan ole hänen mukaansa ollut yhtä kuuluvaa kuin julkinen keskustelu esimerkiksi muista politiikkaan ja maailman talouteen liittyvistä asioista.

Vaikka Suomessa uusi lapsuuden tutkimus nostikin lapsen oman maailman tutkimisen tutkimuksen teon keskiöön, silti nykyiseen lapsuuden tutkimukseen liittyy ongelmia. Esimerkiksi Järventien (emt, 16–21) mukaan Suomessa lapsuuden tutkimusta on arvosteltu siitä näkökulmasta, että lapsuuden tutkimuksen tutkimustulokset ovat olleet sekavia ja ristiriitaisia. Toisaalta hänen mukaansa nimittäin väitetään, että lapset voivat huonosti ja toisaalta taas väitetään, että lapset voivat hyvin. Hänen mukaansa näiden ristiriitaisten tutkimustulosten perusteella lasten hyvinvoinnin edesauttaminen näyttäytyy ongelmallisena. Järventien mukaan lapsuuden tutkimuksen ristiriitaiset tulokset johtuvatkin eroista tehdä tutkimusta ja nähdä lapsi tutkimuskohteena. Lapsuuden tutkimuksen



moniäänisyys onkin hänen mukaansa lapsuuden tutkimuksen lähtökohta ja tulos. Järventien ajatuksia mukaillen voidaan todeta, että vaikka lapsuuden tutkimuksen haaste onkin ristiriidattoman ja yhtenäisten tutkimustulosten puute, kaikki sellainen tutkimus, joka edesauttaa lasten hyvinvointia, on itsessään arvokasta.

Suomi on perinteisesti nähty hyvinvointivaltiona sillä lasten elämä on Suomessa turvattu lain-säädännöllä erittäin monipuolisesti ja sosiaaliturvan edut koskevat täällä kattavasti kaikkia väestöryhmiä. Myös imeväisyyskuolleisuus on maassamme hyvin pieni ja käytännössä kaikki lapset saavat käydä koulua. Tästä näkökulmasta voidaankin ajatella, että suomalaisilla lapsilla asiat ovat hyvin. (Järventie & Sauli 2001, 8.) Vaikka Suomi onkin ”hyvinvointivaltio”, tämä ei automaattisesti kuitenkaan tarkoita sitä, että lasten hyvinvointi olisi maassamme lisääntynyt. Uutisista on voinut viimeaikoina seurata, kuinka esimerkiksi lasten suojelun huostaanotot ovat lisääntyneet ja sosiaalityöntekijät kärsivät alati kasvavasta resurssipulasta. Maassamme tuloerot ovat myös kasvaneet ja lasten hyvinvointi tästä näkökulmasta saattaa olla jonkin verran polarisoitunutta. Toisaalta lapsuuden voidaan katsoa myös yksinäistyneen vanhempien työelämän vaatimusten koventuessa. Hyvä toimeentulo ei siis automaattisesti tarkoita sitä, että lapsen hyvinvointi olisi turvattu, vaan saattaa jopa lisätä lasten pahoinvointia. Suoritusyhteiskunnalle tyypilliseen tapaan lapsetkin suorittavat ja suoriutuvat jo pienestä pitäen harrastuksissa, esikoulussa, koulussa ja kotona. Lapset ja lapsuus kohtaavatkin nykypäivänä paljon erilaisia haasteita kasvuympäristössään. Maailma muuttuu jatkuvasti ja lasten elinolosuhteet muuttuvat maailman muuttuessa. Tutkimustietoa tarvitaankin jatkuvasti lisää siitä, millaisia nämä lapsuuden muuttuvat haasteet ovat ja miten ne vaikuttavat lapsen elämään, jotta jälkipolvienne elämänlaatua voitaisiin parantaa.

## **2.2 ”Children`s Well-Being and Media in Societal and Cultural Context”-tutkimusprojekti**

Tämä tutkimus on toteutettu osana Tampereen yliopiston vuonna 2003 alkanutta ”Children`s Well-Being and Media in Societal and Cultural Context” -tutkimusprojektia, joka on aina viime vuosiin saakka toteuttanut vertailevaa tutkimusta yhteiskunnallisesta muutoksesta ja sen merkityksestä lasten hyvinvoinnille. Tutkimusprojektin johtajana on toiminut professori Anja Riitta Lahikainen. Lisäksi tutkimusprojektissa mukana ovat olleet seuraavat tutkijat: Inger Kraav, Kari Tolonen, Merle Taimalu, Piia Korhonen, Juulia Paavonen, Satu Valkonen, Mira Roine, Marjo Pennonen ja Jukka Partanen. Tutkimus on toteutettu kahden eri ajankohdan aikana vertailukelpoisesti sekä Suomessa että Virossa 1993–1994 ja 2003–2004. Tutkimusprojekti on tuottanut tietoa muun muassa lasten peloista ja turvattomuuden kokemuksesta (ks. esim. Lahikainen, Kraav, Kirmanen & Taimalu 2006), median (televisio, tietokone, matkapuhelin) merkityksestä lasten hyvinvoinnille (ks. esim.

Valkonen, Pennonen & Lahikainen 2005) ja Lasten tv:n katselun merkityksestä lasten univaikeuksille (Paavonen, Pennonen, Roine, Valkonen, & Lahikainen 2006 ).

Tutkimusprojektissa lähtökohtaisesti ajatellaan, että lasten subjektiivista hyvinvointia ei voida lähestyä vain tutkimalla lasten taloudellisia tai sosiaalisia lähtökohtia, sillä lasten subjektiivinen hyvinvointi on ilmiönä paljon moniulotteisempi. Tutkimusprojektissa onkin lähestytty pienten lasten hyvinvointia poikkitieteellisesti yhdistämällä tietoa eri tieteenaloilta (sosiaalipsykologia, psykiatria, sosiaalipolitiikka jne.), jotta lasten todellisuutta tavoitettaisiin mahdollisimman monesta näkökulmasta. Poikkitieteellistä tutkimusotetta käytetään, koska lapsia ja lapsuutta on tutkittu poikkitieteellisesti lapsuuden tutkimuksen piirissä lisääntyneestä kiinnostuksesta huolimatta melko vähän. (ks. esim. Lahikainen, Tolonen & Kraav 2007.)

Perinteisten sosiologisten teorioiden ongelmana on se, että lapsi jää usein aikuisuuden varjoon tutkimusta tehtäessä. Tämä on ongelmallista sikäli, että lapsen oma sanottava ja subjektiivinen kokemusmaailma peittyy tällöin aikuisen kokemusmaailman alle, joka saattaa erota huomattavasti lapsen omasta tavasta kokea maailma. Vaikka lapsen antama tieto voisikin olla puutteellista verrattuna aikuisen antamaan tietoon, kysymys on kuitenkin siitä, että lapsen antamaa tietoa voidaan pitää ainutkertaisena väylänä lapsen maailmaan (Lahikainen, Kraav, Kirmanen & Majjala 1995, 107–108.) Kun lasta lähestytään ottaen huomioon lapsen kehityksellinen konteksti ja tutkimusaineistoa tulkitaan huolellisesti, jokainen lapsi on kykeneväinen antamaan itsestään ja omasta elämästään validia tietoa (Livingstone & Lemish 2001, 33.) ”Children`s Well-Being and Media in Societal and Cultural Context”- tutkimusprojektissa sovelletaan kultaista keskitietä uuden lapsuuden tutkimuksen ja perinteisten sosialisatioteorioiden väliltä. Olennaista onkin antaa lapsille oma ääni ja nähdä lapset myös itsenäisenä tutkimuskohteenaan. Kuitenkin lapsen sosiaalista elämää ei voida tarkastella tai ymmärtää täysin ilman perheen tai aikuisuuden kontekstia, sillä näiden merkitys on olennainen lapsen hyvinvoinnin ja kehityksen kannalta.

Tutkimusprojektissa lähtökohtana on myös se, että subjektiivista hyvinvointia täytyy aktiivisesti ylläpitää olemalla arkisessa vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. Muut ihmiset tarjoavat lapselle hoivaa, turvaa ja suojaa. Sosiaalinen vuorovaikutus muiden ihmisten kanssa voi kuitenkin altistaa lasta myös pahoinvoinnille, jolloin lapsen turvallisuuden tunne joutuu uhatuksi. Lasten pahoinvointi perustuu heidän subjektiiviseen turvattomuuden ja avuttomuuden tunteeseensa. Lapset ilmaisevat subjektiivista turvattomuutta ja avuttomuutta pelkojen, huolien ja psyykkisten oireiden muodossa. (Lahikainen ym. 2007, 66 – 67.)

### 2.3 Lasten hyvinvoinnin psykiatrinen näkökulma

Lasten hyvinvointia voidaan lähestyä myös psykiatriseen näkökulmaan nojautuen. Santalahden ja Souranderin (2008) artikkelissa perehdytään kysymykseen, ovatko lasten psykiatriset oireet lisääntyneet viime vuosina. Santalahden ja Souranderin mukaan (emt., 1499) tutkimus lasten psykiatristen oireiden esiintyvyyden muutoksista eri aikoina on hyvin vähäistä. Epidemiologinen tieto lasten sairastuvuudesta ja sen muutoksista on kuitenkin heidän mukaansa tärkeää esimerkiksi lasten oireilun riski- ja suojatekijöiden selvittämiseksi. Lasten psykiatrisissa tutkimuksissa arvioidaan yleensä lasten käyttäytymishäiriöitä sekä aktiivisuus- ja tarkkaavaisuushäiriöiden oireita ja emotionaalisia oireita, joihin lasketaan masennus- ja ahdistusoireet.

Lasten psykiatrisiin oireisiin on viime vuosina alettu kiinnittää yhä enemmän huomioita ja klinisiin havaintoihin perustuen lasten oireilun on ajateltu lisääntyneen jonkin verran viime vuosina. Lasten psykiatrinen epidemiologinen tutkimus on kehittynyt vasta viimeisten kolmenkymmenen vuoden aikana. Tutkimusta oireiden esiintyvyydestä on tehty kuitenkin vähän ja tulokset ovat olleet joltakin osin ristiriitaisia. (Emt., 1499.)

Tehtyjen lastenpsykiatristen tutkimuksien tulosten perusteella tiedetään, että lasten psyykkiset sairaudet ovat yleisiä ja komorbiditeetti on tavallista. Lasten sairastuvuuden riskitekijöiden tiedetään myös olevan moninaisia ja sidoksissa esimerkiksi lapsen kehitykselliseen kontekstiin. Tiedetään myös, että suurin osa aikuisten psyykkisistä sairauksista on alkanut lapsuus tai nuoruusiässä ja että lasten psyykkiset sairaudet jatkuvat usein aikuisuuteen asti muodostaen suuren osan aikuisten kokonaissairastuvuudesta. (Costello, Foley & Angold 2005 & 2006; ref. Santalahti & Sourander 2008, 1505.)

Santalahren ja Souranderin (2008, 1503) artikkelissa esitellään kansainvälisiä ja suomalaisia tutkimuksia lasten psykiatristen oireiden esiintyvyydestä. Heidän mukaansa Achenbachin ja Howellin Yhdysvalloissa (1993) ja Achenbachin, Dumencin ja Rescolan (2003) toteuttamissa tutkimuksissa kävi ilmi, että 7–16 vuotiaiden lasten oireet olivat lisääntyneet hieman kyseisen aikavälin aikana. Hollannissa tehty Tickin, Enden, Keetin ja Verhulstin (2007) tutkimukset 2–3-vuotiaista lapsista ja De Jongin (1997) tutkimukset 10-vuotiaista lapsista puolestaan osoittivat, että lasten oireilu oli vähentynyt hieman. Achenbachin ym. Yhdysvalloissa (1993, 2003), ja Tickin ym. (2007) sekä De Jongin (1997) Hollannissa tehty tutkimukset ovat sikäli valideja, että niissä tutkimukset ovat olleet metodeiltaan mahdollisimman samanlaisia eri vuosina. (Achenbach ym. 1993, 2003; Ticki ym. 2007; De Jong 1997; ref. Santalahti & Sourander, 2008.)

Suomessa kerättiin vuonna 1989 erittäin huolellisesti laaja epidemiologinen lapsiaineisto, joka kattoi koko maan. Tämän Lapset-tutkimuksen mukaan 7,5 % lapsista oli vakava psykiatrinen häiriö, joka oli kestänyt yli kolme vuotta. Kyseinen Lapset-tutkimus on hyvin dokumentoitu ja on tarjonnut hyvän pohjan myöhemmälle suomalaiselle lastenpsykiatriselle epidemiologiselle tutkimukselle. (Santalahti & Suorander 2008, 1502.)

Santalahden ja Suoranderin (2008, 1503) mukaan vuosina 1999 ja 2005 TYKS:n alueelta valittiin vuoden 1989 Lapset-aineistoa vastaavat otokset, jotka koostuivat noin tuhannesta 8–9-vuotiaasta lapsesta. Eri aineistojen erot taustamuuttujissa heijastavat yhteiskunnassa tapahtuneista muutoksista. Vanhempien koulutustaso nousi vuodesta 1989 vuoteen 1999 ja edelleen vuoteen 2005. Useampi lapsi (85 %) asui 1989 molempien biologisten vanhempien kanssa, kun taas vastaava luku vuosina 1999 ja 2005 oli (77 %). Lasten kokemista merkittävistä elämänmuutoksista (vanhempien ero, kuolema tai vakava sairaus) kysyttiin vain vuosina 1999 ja 2005. Lasten kokemien merkittävien elämänmuutosten määrät eivät muuttuneet tuona aikana merkitsevästi.

Suomessa tehdyissä tutkimuksissa todettiin, että vuosina 2005 ja 1989 aineistossa vanhemman ja opettajan arvioimien kokonaisoireiden keskiarvoissa ei ollut merkitsevää eroa, mutta vanhempien arvioiden mukaan ”paljon oireilevien” lasten rajan ylittäviä poikia oli vähemmän kuin vuonna 1989. Vanhempien ja opettajien arvion mukaan erillisissä oirekokonaisuuksissa (emotionaaliset oireet, käytöshäiriöt, ja aktiivisuus- ja tarkkaavaisuus häiriöt) ei ollut eroa aineistojen välillä lukuun ottamatta vanhempien arvioimia poikien käytöshäiriöoireita, joiden esiintyvyys oli vuoden 2005 aineistossa merkitsevästi pienempi. Tyttöjen masennusoireiden normaalipisterajat ylittävien tyttöjen määrä lisääntyi merkitsevästi. Se oli vuonna 1998 5 % ja vuonna 2005 10 %. Pojilla ei tapahtunut vastaavaa. Tyttöjen masennusoireet olivat yhteydessä perherakenteeseen, vanhempien koulutustasoon ja negatiivisiin elämäntapahtumiin. Poikien oireet olivat yhteydessä vain äidin koulutustasoon. Nämä yhteydet eivät poikenneet toisistaan vuosien välillä. Kokonaisuutena Suomessa tehtyjen tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että lasten psykiatristen oireiden kokonais-esiintyvyydet eivät ole lisääntyneet merkitsevästi. Lasten psykiatrisia oireita on Suomessa tutkittu melko vähän ja tulokset ovat olleet tässä suhteessa kuitenkin ristiriitaisia. Tutkimustulosten perusteella voidaan kuitenkin todeta, että suomalaisten tyttöjen masennusoireet sekä poikien päänsärky ja vatsakivut olivat lisääntyneet vuodesta 1989 vuoteen 2005. (Emt., 1503.)

Santalahden ja Suoranderin (emt., 1505) mukaan tutkimusaineistojen koot ja metodit ovat olleet sellaisia, että harvinaisten sairauksien kuten autismin esiintymisessä tapahtuneet muutokset eivät olisi voineetkaan tulla esille. Tutkimukset ovat heidän mukaansa selventäneet lähinnä sitä, ovatko

tiettyjen sairauksien oireiden esiintyvyydet muuttuneet lapsilla. Tutkimukset eivät kuitenkaan kerro mitään siitä, onko lasten oireilu muuttunut laadultaan erilaiseksi. Heidän mukaansa vaikutelma lasten psyykkisten oireiden lisääntymisestä saattaa johtua siitä, että vasta nykypäivänä on tiedostettu myös lasten sairastuvan psyykkisesti. Suomalaisessa ja ulkomaalaisissa tutkimuksissa on kuitenkin heidän mukaansa todettu suurimman osan hoidontarpeessa olevista lapsista olevan vailla aktiivista hoitoa.

## **2.4 Sosiaalisen verkoston tutkimus**

### **2.4.1 Verkostotutkimuksen juuret**

Verkostoa voidaan pitää muodikkaana yhteiskunnallisena terminä. Syynä tähän ovat olleet muun muassa suuret yhteiskunnalliset muutokset kuten globalisaatio ja ennen kaikkea tietoverkkojen kasvaminen. Verkostolähestymistapa on tarjonnut käsitteellisen välineen tämän yhteiskunnallisen ilmiön tarkasteluun. (Mattila & Uusikylä 1999, 7–8.)

Yhteiskuntatieteellisen verkostanalyysi syntyi 1930-luvulle, jolloin psykologi Jacob Moreno (1934) alkoi analysoida sosiaalisten suhteiden ja ryhmädynamiikan vaikutusta yksilön toimintaan. Moreno käytti välineenään sosiogrammia havainnollistaakseen yksilöiden paikkaa ryhmässä sekä ryhmän rakennetta ja sosiaalisia suhteita. (Moreno 1934 ref. Mattila & Uusikylä, 8.) Rakenteellinen verkostanalyysi pyrkii ilmiöiden välisten suhteiden systemaattiseen erittelyyn. Yhdistettynä mielekkääseen teoreettiseen viitekehykseen se tarjoaa edellytyksen yhteiskunnallisten ilmiöiden ymmärtämiselle. Sitä on käytetty runsaasti 1970-luvulta lähtien muun muassa sosiaalitieteissä ja viestinnän tutkimuksessa. (Mattila & Uusikylä 8–9.)

Puhuttaessa formaalista verkostanalyysistä voidaan tehdä ero kokonaisverkostojen ja yksittäisen toimijan suhdeverkoston eli niin sanotun egokeskeisen verkostanalyysin välille. Kokonaisverkostojen tarkastelussa voidaan ottaa huomioon toimijoiden väliset epäsuorat yhteydet, joilla on esimerkiksi merkitys tiedon leviämiseen verkostossa. Tämän tutkimuksen metodologista lähestymistapaa voitaisiin nimittää egokeskeiseksi verkostanalyysiksi, sillä tarkastelun kohteena tutkimuksessa ovat yksittäisen lapsen sosiaaliset suhteet. Verkostanalyysi tutkimusmetodina tarkoittaa sitä, että analyysin kohteena eivät ole ainoastaan havaintoyksiköiden ominaisuudet vaan havaintoyksiköiden väliset suhteet. (Mattila & Uusikylä 1999, 8–9.)

#### 2.4.2 Sosiaalinen verkosto verkostotutkimuksen käsitteenä

Sosiaaliselle verkostolle on löydettävissä monenlaisia määritelmiä tutkimuskirjallisuudessa. Ensimmäisenä sosiaalisen verkoston käsitettä käytti sosiaaliantropologi John Barnes (1954, 39–58), joka määritteli sosiaalisen verkoston sukulaisuuden, ystävyysuhteiden ja tuttujen kautta muodostuneiksi ihmisten välisiksi suhteiksi. Näin ollen Barnes katsoi sosiaalisen verkoston muodostuvan yksilön kaikista sosiaalisista suhteista. Nämä yksilön sosiaaliset suhteet saattoivat vaihdella erilaisissa sosiaalisissa konteksteissa, joten sosiaalisella verkostolla ei Barnesin mukaan ollut johtajaa, selkeästi määriteltyä keskusta tai selkeitä rajoja. Samuelssonin mukaan (1995, 10) useat antropologiset ja sosiologiset tutkimukset seurasivat Barnesin käsitteen määrittelyä. Niiden tarkoituksena oli lisätä ymmärrystä ihmisten keskinäisistä suhteista käyttämällä apunaan matemaattisia mallinnuksia ja typologioita sosiaalisista verkostoista.

Seikkula (1996, 16) puolestaan esittää, ettei sosiaalista verkostoa itsessään ole olemassa, vaan se on vain käsite, jonka avulla voidaan kuvata ihmissuhteita kokonaisuutena. Käytännössä sosiaalista verkostoa tarkastellaan tällöin sosiaalisena yksikkönä tai käsitteenä, jossa tällä hetkellä ihmiselle tärkeät sosiaaliset suhteet ilmenevät. Sosiaalisten kontaktien tiheys ei tällöin määritä sosiaalista verkostoa, vaan verkostoon voi kuulua yhtä hyvin päivittäin tavattavia ihmissuhteita kuin myös yhden kerran tavattava hyvä ystävä. Seikkulan mukaan sosiaalinen verkosto voi siis ajallisesti käsittää hyvin erilaisia ihmisiä. Tärkeää hänen mielestään sosiaalisen verkoston käsitteen kannalta on, että ihminen kokee itse sosiaaliset suhteensa tärkeiksi ja merkityksellisiksi.

Tieteellisessä keskustelussa ja erityisesti psykiatrian alalla sosiaalisen verkoston käsitteeseen on liitetty myös sosiaalisen tuen käsite. Esimerkiksi Sandlerin, Wolchikin ja Bravenin (1985) mukaan sosiaalinen verkosto on voimavara, joka tukee yksilöä ryhmänsä jäsenenä. (Sandler, Wolchick & Braven 1985; ref. Samuelsson 1995, 10). Hansonin ja Östergren (1987) mukaan sosiaalisen tuen käsitettä ja sosiaalisen verkoston käsitettä ei tulisi käyttää toistensa synonyymeinä, sillä sosiaalista tukea voidaan pitää sosiaalisen verkoston yhtenä funktionaalisena ominaisuutena (Hanson & Östergren 1987; ref. Seikkula 1996,17).

Sosiaalipsykologisen tutkimuksen kannalta tärkein sosiaalisen tuen ja sosiaalisen verkoston käsitteen yhdistäjä on ollut kiintymyssuhde teorian isähahmo John Bowlby. Bowlby (1973) pitää sosiaalista tukea ihmislapsen elinympäristössä tärkeänä hengissä säilymisen ja hyvinvoinnin kannalta. Bowlby tuo sosiaalisen verkoston ja sosiaalisen tuen käsitteen rinnalle kehityopsykologisen näkökulman. Sosiaalinen verkosto ja sen yksilölle suoma sosiaalinen tuki mahdollistavat ihmislapsen

suotuisan kehityksen lapsesta aikuiseksi. Tässä kehitystehtävässä suuressa roolissa on lapsen sosiaalisesta verkostostaan saaman sosiaalisen tuen laatu.

#### **2.4.3. Lasten sosiaalisten verkostojen tutkimus**

Sosiaalisia verkostoja on enimmäkseen sosiaalitieteissä tutkittu aikuisuuden kontekstista käsin. Jos tutkimus onkin kohdistunut lapsiin, se on ollut enimmäkseen tutkimusta lapsen ja hänen äitinsä välisestä vuorovaikutuksesta. Antonucci, Akiyama ja Takahashi (2004, 366–367) arvioivat, että vaikka nykypäivänä tutkimus onkin kohdistunut jonkin verran myös lasten muihin perhesuhteisiin, sukulaissuhteisiin, ystävyys-suhteisiin ja muihin aikuissuhteisiin, edelleen tiedetään kuitenkin vähän siitä, kuinka lapset kokevat esimerkiksi omat perhesuhteensa ja muut sosiaaliset suhteensa. Tulevaisuuden tutkimuksen olisikin heidän mukaansa erittäin tärkeää selvittää, millaisia lasten perhesuhteet ja muut sosiaaliset suhteet ovat ja miten ne vaikuttavat lasten kehitykseen ja hyvinvointiin.

Ongelmana lasten sosiaalisten verkostojen tutkimuksessa on ollut myös se, että aikaisempien tutkimustulosten vertailu on hankalaa sikäli, että sosiaalisten verkostojen tutkimusten metodit ja kriteerit eroavat toisistaan hyvin paljon. Tutkimustulosten vertailusta tuleekin näin ollen hyvin hankalaa tutkimustulosten muodostaessa hyvin hajanaisen ja vaikeasti verrattavan kuvan todellisuudesta. (Lahikainen, Tolonen, Roine & Kraav 2012, 9.)

Vaikka lasten sosiaalisia verkostoja onkin tutkittu esimerkiksi Levittin (2005, 37) mukaan hyvin vähän erilaisilla teoreettisilla ja metodologisilla välineillä, silti yhteisymmärrys joidenkin näkökulmien osalta aikaisimmissa tutkimuksissa on ollut vankkaa. Tutkimukset ovat Levittin mukaan tukeutuneet monelta osin näkökulmaan, jonka mukaan lapset ovat syntymästään asti vuorovaikutuksessa monenlaisten ihmisten kanssa, joihin usein kuuluvat heidän vanhempansa, sisaruksensa, muut sukulaiset, ystävät ja muut aikuiset. Lasten sosiaalisen verkoston on myös katsottu kasvavan kokoa ja käyvän läpi toiminnallisia muutoksia lasten kasvaessa. Tällaisia muutoksia ovat muun muassa sukulaissuhteiden kokeminen läheisemmäksi varhaislapsuuden aikana ja ystävyys-suhteiden kokeminen läheisemmäksi siirryttäessä lähemmäksi kouluikää. (Belle 1989; Salzinger, Antrobus & Hammer 1988; Nestmann & Hurrellmann 1994; ref. Levitt 2005, 37.)

Francon ja Levittin (1997) lasten sosiaalisista verkostoista tehdyn tutkimuksen mukaan 4–5-vuotiaiden lasten sosiaalisen verkoston keskimääräinen koko oli 11.6 ihmissuhdetta. Puolestaan Levitt, Guacci-Franco ja Levitt (1993) vertailivat 7–14-vuotiaiden kouluikäisten lasten sosiaalisia verkostoja ja huomasivat, että perheen ulkopuolisten suhteiden määrä lisääntyi lasten vanhetessa.

Esimerkiksi ”Children`s Well-Being and Media in Societal and Cultural Context”- tutkimusprojektissa tehdyssä Lahikaisen, ym. (2012) toistaiseksi julkaisemattomassa tutkimuksessa vertailtiin suomalaisten ja virolaisten 5–6-vuotiaiden lasten sosiaalisia verkostoja ja sosiaalisten verkostojen yhteyttä sosiaaliseen muutokseen, joka Suomessa ja Virossa oli nähtävissä eri tavalla. Lahikaisen ym. tutkimus perustui olettamukseen, että makrotason sosiaaliset muutokset (informalisaatio, globalisaatio ja postsosiaaliset prosessit) vaikuttivat lasten jokapäiväisen elämän rakenteisiin ja samalla lasten ja heidän sosiaalisen verkostonsa väliseen vuorovaikutukseen. Näin ollen voitiin olettaa, että 5–6-vuotiaiden lasten sosiaalinen verkosto erosi toisistaan kahdessa erilaisen sosiaalisen muutoksen läpikäyneessä maassa Suomessa välillä 1993–2003 ja Virossa välillä 1994–2002.

Lahikaisen ym. tutkimuksessa todettiin, että 5–6-vuotiaat lapset nimesivät sosiaaliseen verkostoonsa Suomessa 0–38 ihmissuhdetta ja Virossa 1–35 ihmissuhdetta. Yhdessä ainoassa tapauksessa lapsi ei maininnut sosiaaliseen verkostoonsa yhtään ainoaa ihmissuhdetta. Yhdessä tapauksessa lapsi mainitsi sosiaaliseen verkostoonsa 38 ihmissuhdetta. Keskimäärin lapset nimesivät sosiaaliseen verkostoonsa sekä Suomessa, että Virossa noin 15 ihmissuhdetta, joka on hiukan enemmän kuin Francon ja Levittin (1997) tutkimuksessa ilmennyt 11,7 ihmissuhdetta. Vain suomalaisten tyttöjen ja poikien osalta lasten sukupuoli oli yhteydessä merkitsevästi heidän sosiaalisen verkostonsa kokoon. Suomalaiset pojat mainitsivat sosiaaliseen verkostoonsa vähemmän perheen ulkopuolisia lapsia ja aikuisia kuin suomalaiset tytöt. (Lahikainen ym. 2012; Franco & Levitt 1997.)

Lahikaisen ym. tutkimuksessa useimmat lapset mainitsivat ainakin kaksi isovanhempaa sosiaaliseen verkostoonsa. Isovanhempien määrä lisääntyi vuosikymmenen vaihtuessa Virossa, mutta puolestaan väheni Suomessa merkitsevästi. Perheen ulkopuolisten aikuisten määrä lasten sosiaalisessa verkostossa puolestaan väheni Virossa, mutta lisääntyi Suomessa merkitsevästi. Vaikka isovanhempien määrä lasten sosiaalisessa verkostossa lisääntyikin Virossa ajan mittaan, se ei vähentänyt lasten sosiaalisen verkoston perheen ulkopuolisten aikuisten määrää. Perheen ulkopuolisten lasten määrä lisääntyi lasten sosiaalisessa verkostossa kummassakin maassa vuodesta 1993/1994 vuoteen 2002/2003. Lahikaisen ym. tutkimuksessa molemmissa maissa ja molempina mittausajankohtina melkein kaikki lapset sisällyttivät sosiaaliseen verkostoonsa vanhemmat, sisarukset, isovanhemmat ja ystävät. Näin tapahtui myös Francon ja Levittin tutkimuksessa vuonna 1997. Lahikaisen ym. tutkimuksessa myös isä mainittiin sosiaaliseen verkostoon kuuluvaksi, vaikka isä ei asunutkaan lasten kanssa samassa osoitteessa. (Lahikainen ym. 2012; Fanco & Levitt 1997.)

Lahikaisen ym. tutkimuksessa lemmikkieläimet olivat lapselle usein muihin kiintymyssuhteisiin rinnastettavia tärkeimpiä sosiaalisia suhteita. Lahikaisen ym. mukaan eläimet saattoivatkin olla



suuressa roolissa lasten elämässä turvallisuuden tunnetta tuovina objekteina. Tämä käy esille myös tutkimuksen ensimmäisellä sivulla olevasta Lahikaisen ym. tutkimuksesta lainatusta katkelmasta, jossa 6-vuotias tyttö kertoo marsustaan ja marsun tuomasta lohdutuksesta. (Lahikainen ym. 2012, 8.)

Vaikka sosiaalinen tilanne Virossa ja Suomessa onkin muuttunut 1990 -luvun puolivälin tienoilta 2000 luvun alkuun tultaessa, avioerojen lisääntyessä, perhestruktuurin muuttuessa ja päivähoidon yleistyessä, 5–6-vuotiaiden lasten vanhemmat näyttäisivät Lahikaisen ym. (2012) tutkimuksen mukaan edelleen olevan pienten lastensa tärkeimpiä ihmissuhteita. Tämä saattaa Lahikaisen ym. (emt, 9) mukaan johtua siitä, että lapset ovat odotettua parempia ylläpitämään sosiaalisia siteitä valittuihin ihmisiin, vaikka joutuvatkin kohtaamaan perheidensä elämässä erilaisia haasteita liittyen vanhempien työelämään ja ihmissuhteisiin ja muihin lapsen elämään vaikuttaviin olosuhteisiin. Toinen mahdollinen selitys tilanteelle Lahikaisen ym. mukaan voisi olla se, että kiintymyssuhteisiin verrattavat sosiaalisen verkoston läheisimmät ihmissuhteet muotoutuvat aikaisemmassa iässä kuin muut ihmissuhteet ja säilyttävät tämän vuoksi emotionaalisen latauksensa kauemmin.

#### **2.4.4 Tutkimuksia sosiaalisen verkoston hyvinvointivaikutuksista**

Samuelssonin (1995, 11) mukaan sosiaalisella verkostolla on todettu aikaisemmissa tutkimuksissa olevan yhteyttä muun muassa kardiovaskulaarisiin sairauksiin (Hanson, 1988) masennukseen (Cornelis, Ameling ja Jonghe, 1989), skitsofreniaan (Hamilton, Ponzoha, Cutle, Weigel, 1989) ja itsemurhiin (Magne-Ingvar, Öjehagen ja Träskman-Bendz 1992.) Ruotsissa (1986) toteutetussa 16–74-vuotiaiden sosiaalisia verkostoja tutkivassa pitkittäistutkimuksessa kävi myös ilmi, että sosiaalisella verkostolla on hyvinvointivaikutuksia, jotka kohdistuvat muun muassa pitempään elinikään. Kuolleisuus oli kaksinkertainen yksineläjämiesten keskuudessa kuin niiden miesten keskuudessa, jotka elivät yhdessä muiden ihmisten kanssa. (Isacsson, 1986; ref. Samuelsson 1995, 11.)

Eräs varsinkin psykiatriassa yleisesti käytetty yksilön hyvinvoinnin ja sosiaalisen ympäristön välistä suhdetta selittävä teoria on Lazaruksen ja Folkmanin (1984) esittämä stressiteoria. Lazaruksen ja Folkmannin klassisen määritelmän mukaan ihmisen stressireaktioissa on kysymys siitä, että sosiaalisen ympäristön ulkoiset ja yksilön sisäiset vaatimukset ja voimavarat ovat keskenään epäsuhdassa. Stressin synty edellyttääkin sosiaalisessa ympäristössä tilanne tekijöitä, jotka muodostuvat yksilöllisen reagoinnin kautta yksilölle stressitekijöiksi. (Lazarus & Folkman 1984, 21.) Esimerkiksi Samuelsson (1995, 10) mukaan stressin on todettu tutkimuksissa vaikuttavan yksilön psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin moniulotteisesti. Hänen mukaansa stressiteorian viitoit-

tamana useissa tutkimuksissa on osoitettu, että negatiivista stressiä aiheuttavassa elämäntilanteessa sosiaalinen verkosto toimii yksilön hyvinvointia vahvistavana tekijänä. Hänen mukaansa sosiaalinen verkosto nähdäänkin stressitutkimuksessa resurssina, joka auttaa yksilöä kohtaamaan negatiivista stressiä aiheuttavia tekijöitä ympäristössään. Sosiaalinen verkosto suojaa yksilöä stressin epäsuotuisalta vaikutukselta vähentämällä yksilön stressireaktioita. Esimerkiksi Weissin (1974) mukaan emotionaalisesti latautuneet ihmissuhteet suojaavat yksilöä negatiivista stressiltä, joka aiheutuu ihmisen sosiaalisesta ympäristöstä tai elämäntilanteesta. Casell (1976) puolestaan kuvaili tutkimuksessaan kuinka sosiaaliset tekijät lisäävät yksilön sairastumisen mahdollisuutta. Casellin mukaan negatiivisen stressin synnyssä oleellista on se, että psykososiaaliset tekijät yksilöiden ympäristössä tulkitaan vaaroiksi, joka puolestaan vaikututtavat aivojen välittäjäaineiden toiminnan kautta ihmisen psyykeeseen ja hyvinvointiin. (Weiss 1974, Casell 1976; ref. Samuelsson 1995, 10.)

Lapsen lähimpien ihmissuhteiden lisäksi myös lapsen ystävyys-suhteiden määrällä ja laadulla on merkitystä lasten hyvinvoinnille. Salmivallin mukaan (2005, 36–37) jo pelkästään se, että ystävyys-suhde on olemassa edistää lasten hyvinvointia. Ystävyys-suhteiden merkitykset ovat Salmivallin mukaan myös erilaisia eri ikävaiheissa. Alle kouluikäisillä lapsilla ystävyys-suhteissa korostuu mukavien yhteisten leikkien merkitys. Tämän ikäisillä lapsilla hyvä ystävä on sellainen, jonka kanssa on mukavaa leikkiä. Ystävien kanssa opitaan tässä vaiheessa muun muassa tunteiden säätelyä, oman vuoron odottamista ja jakamista. Salmivallin (emt., 40–41) mukaan useat poikkeusleikkaustutkimukset osoittavat, että lapset joilla on vastavuoroinen ystävyys-suhde (verrattuna niihin joilla tällaista ystävyys-suhteita ei ole), tulevat uusiin ryhmiin helpommin, ovat yhteistyökykyisempiä, prososiaalisempia, altruistisempia, itsevarmempia ja joutuvat harvemmin konflikteihin muiden lasten kanssa. Lisäksi vastavuoroisilla ystävyys-suhteilla on todettu olevan perheongelmilta suojaavia vaikutuksia.

Lapset saavat myös ystävyys-suhteistaan tietoa itsestään. Ystävyys-suhteilla on merkitystä lapsille heidän itsetuntonsa rakentajana. Esimerkiksi Cassidy ja Asher (1992) tutkivat lasten yksinäisyyden tunnetta 5–7 vuoden iässä. Heidän tutkimuksistaan kävi ilmi, että tämän ikäisillä lapsilla yksinäisyyden tunne oli yleinen ongelma. Esikoulussa ja koulussa yksinäisyyden tunteelle oli tyypillistä se, ettei lapsilla ollut ystäviä tarpeeksi tai ollenkaan. Yksinäisyyden tunne välittyi myös lasten tunteena siitä, että he kokivat itsensä sosiaalisilta taidoiltaan kömpelöiksi. (Cassidy & Asher 1992, ref. Samuelsson 1995, 15.)

Ihmisten sosiaalisten verkostojen hyvinvointivaikutuksia on tutkittu aikuisväestön keskuudessa fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin kannalta. Lasten sosiaalisten verkostojen hyvinvointivaiku-

tusten tutkimus on puolestaan ollut hyvin pitkälle tutkimusta lapsen kiintymyssuhteista ja niiden vaikutuksista lapsen myöhempään elämään tai sitten tutkimus on keskittynyt lapsen ystävyys-suhteisiin ja ystävyssuhteiden hyvinvointivaikutuksiin. Suoranaisesti sellaista lasten hyvinvointi-tutkimusta, jossa lapsen sosiaalista verkostoa tutkitaan kokonaisuutena, ei ole juurikaan toteutettu sosiaalipsykologian piirissä. Esimerkiksi Antonuccin ym. (2004, 366) mukaan tulevaisuuden tutkimuksen haaste on yksilön sosiaalisen verkoston kokonaisuuden, yksilön kehityksen ja hyvinvoinnin välisten yhteyksien tutkiminen, josta on tähän asti tehty rajoittuneesti tutkimustietoa.

### **3. TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS**

Tässä tutkimuksessa tavoitteenani on selvittää, onko lasten sosiaalisen verkoston ominaispiirteillä yhteyttä lasten hyvinvointiin.

Lasten sosiaaliset verkostot muodostuvat rakenteeltaan ja kooltaan erilaisiksi sen mukaan millainen subjektiivinen käsitys lapsella on tärkeistä ihmissuhteistaan ja miten nämä tärkeät ihmissuhteet suhteutuvat toisiinsa lapsen sosiaalisessa todellisuudessa.

Lasten hyvinvointi puolestaan nähdään eräänlaisena jatkumona, hyvän ja huonon hyvinvoinnin välillä, sillä parhaimmillakin mittareilla sen määrittäminen kuka voi hyvin tai huonosti, on vain yksi mahdollinen konstruktio ympäröivästä todellisuudesta.

Pyrin tutkimuksessani vastaamaan seuraavaan tutkimuskysymykseen:

Onko 5–6-vuotiaiden lasten subjektiivinen käsitys heidän sosiaalisen verkostonsa koosta ja rakenteesta yhteydessä heidän vanhempiensa arvioon lastensa hyvinvoinnista?

### **4. TEORIA**

Lapsen sosio-emotionaalisella kehityksellä tarkoitetaan lapsen suhteiden asteittaista kehitystä niihin ihmisiin, jotka lasta hoitavat ja joita lapsi kohtaa eri yhteyksissä. Sosio-emotionaalinen kehitys on vuorovaikutustapahtuma, jossa lapsen käyttäytyminen on nähtävä reaktiona tai heijasteena häneen kohdistuvien hoitotoimenpiteiden ja hoitajien luonteesta ja laadusta. (Lahikainen, Sundquist 1979, 1.) Perhettä voidaan pitää lasten sosio-emotionaalisen kehityksen kannalta tärkeimpänä yksikkönä, mutta myös perheen ulkopuolisilla toimijoilla on vaikutuksensa lasten sosio-emotionaaliseen kehitykseen. 5–6-vuotias lapsi on esimerkiksi päiväkodissa tai naapurustossa tekemisissä muiden lasten

sosio-emotionaaliseen kehitykseen vaikuttavien toimijoiden kanssa. Näin ollen lapsen sosio-emotionaalinen kehitys voidaan nähdä moninaisena sosiaalisena prosessina.

Sosio-emotionaalinen kehitys vaikuttaa lapsen subjektiiviseen kokemukseen siitä, keitä hänelle läheiset ihmiset ovat kuten myös lapsen hyvinvointiin. Lasten sosiaalisten verkostojen muotoutumisen kulmakivenä voidaan pitää sitä, että lapsen verkostot ymmärretään hänen hyvinvointinsa resursseiksi. Esimerkiksi Lahikaisen ym. (2007) mukaan lapsen sosiaalinen ympäristö tarjoaa lapselle hänen hyvinvointinsa kannalta tärkeitä asioita, kuten hoivaa, suojelua, rakkautta ja emotionaalista turvaa. Sosiaalinen vuorovaikutus lapsen sosiaalisissa ympäristöissä ei kuitenkaan Lahikaisen ym. mukaan välttämättä tarjoa lapsen hyvinvoinnin kannalta positiivisia kokemuksia vaan voi tarjota myös negatiivisia kokemuksia. (Lahikaisen ym. 2007, 68.) Näin ollen ymmärrän lasten sosiaalisten verkostojen koon ja rakenteen yhteyden lasten hyvinvointiin moniulotteiseksi prosessiksi lapsen ja hänen sosiaalisen ympäristönsä välillä. Tärkeintä tässä prosessissa on lapsen sosiaalisesta ympäristöstään saaman sosiaalisen tuen määrä ja laatu. Mielenkiintoiseksi kysymykseksi nouseekin se, millaista sosiaalista tukea tai hyvinvoinnin resurssia lasten sosiaalisen verkoston rakenteeseen ja kokoon liittyvät tekijät palvelevat.

Seuraavaksi esitellään niitä teorioita, joiden voidaan katsoa selittävän lapsen ja sosiaalisen ympäristön välistä suhdetta ja dialektiikkaa. Tutkimuksessa nojaututaan Urie Bronfenbrennerin (1979, 1986) ekologiseen teoriaan, Bergerin ja Luckmannin (1966) sosialisatioteoriaan ja John Bowlbyn (1969, 1973, 1980) kiintymyssuhdeteoriaan sekä Bowlbyn kiintymyssuhdeteoriasta vaikutteita saaneeseen Kahnin ja Antonuccin (1980) sosiaalisen saattueen teoreettiseen ja metodologiseen malliin selitettäessä lapsen sosiaalisen ympäristön ja hyvinvoinnin välistä suhdetta ja sitä, minkä vuoksi sosiaaliset verkostot ymmärretään tutkimuksessa ihmisen hyvinvoinnin resurssiksi.

#### **4.1. Sosiaaliset ympäristöt lapsen hyvinvoinnin kulmakivenä**

Lapsen hyvinvoinnin ja sosiaalisen ympäristön moniulotteista suhdetta voidaan havainnollistaa Urie Bronfenbrennerin (1979, 1986) ekologisen teorian avulla. Bronfenbrennerin ekologinen teoria voi lisätä ymmärrystämme siitä, miten lapsen yksilölliset ominaisuudet (esim. temperamentti, perimä, älykyys jne.), läheiset ihmiset (esim. vanhemmat, sisarukset, isovanhemmat, kaverit, muut aikuiset jne.) ja yhteiskunnassa valitseva sosiaalinen sekä taloudellinen todellisuus, (esim. perheen sosioökonominen asema, sosiaalisten suhteiden laatu) ja vallitsevan yhteiskunnan kulttuuri, lait ja arvot (politiikka, uskonto) vaikuttavat vastavuoroisesti lapsen elämän edellytyksiin ja hyvinvointiin.

Bronfenbrennerin (1979,1986) ekologisen teorian mukaan lapsen hyvinvointiin vaikuttaa kolme hierarkista tasoa vastavuoroisesti. Ensimmäistä tasoa Bronfenbrenner kuvaa mikrosysteemin käsitteellä, toista systeemiä eksosysteemin käsitteellä ja kolmatta tasoa makrosysteemin käsitteellä. Mikrosysteemi on se osa verkostoa, johon yksilö yksilöllisine ominaisuuksineen on välittömässä vuorovaikutussuhteessa. Mikrosysteemiin kuuluvat esimerkiksi lapsen suhde äitiinsä, isäänsä, sisaruksiinsa, päivähoitohenkilökuntaan jne. Yksilö voi kuulua samaan aikaan moneen mikrosysteemiin. Esimerkiksi lapsen suhde äitiinsä ja isäänsä on erilainen kuin lapsen suhde hoitotätiinsä. Näin ollen kaikki lapsen sosiaaliset suhteet muodostavat oman itsenäisen mikrosysteeminsä, johon myös lapsi omalla toiminnallaan vaikuttaa. Koska kaikissa erilaisissa mikrosysteemeissä vuorovaikutus tapahtuu kielen avulla, jokainen mikrosysteemi puhuu ikään kuin omalla kielellään. Näin ollen sosiaalisissa suhteissa lapsi elää alusta asti monissa erilaisissa ryhmittymissä, joista jokainen luo oman merkityksmaailmansa ja kielensä. Bronfenbrennerin mukaan mikrosysteemit ovat kuitenkin myös suhteutettavissa toisiinsa hierarkiseksi kokonaisuudeksi, sillä jokainen mikrosysteemi rakentuu oman erityisen merkityksensä varaan lapsen kokemusmaailmassa. Eri mikrosysteemien hierarkinen kokonaisuus syntyy mesosysteemeissä, joka muodostuu mikrosysteemien välisistä kontakteista. Tällaisia voivat olla esimerkiksi lapsen perheen ja hänen päiväkotinsa väliset kontaktit. Jos eri mikrosysteemien välistä vuorovaikutusta ei ole olemassa, lapsen mikrosysteemit jäävät toisistaan irrallisiksi. Olennaista mesosysteemin toiminnassa on se, toimivatko eri mikrosysteemit samansuuntaisesti vai aiheutuuko niiden toiminnasta yksilölle ristipaineita. (Bronfenbrenner 1979 ,1986; ref. Seikkula 1999, 17–20.)

Bronfenbrennerin ekologisen mallin eksosysteemi käsittää yksilön kahden tai useamman ympäristön väliset suhteet, jonka toimintoihin yksilö ei suoranaisesti osallistu, mutta jotka vaikuttavat kuitenkin välillisesti yksilön hyvinvointiin. Tällaisia ovat esimerkiksi terveyden huollon saatavuus ja vanhempien työtilanteet. Bronfenbrennerin makrosysteemiin puolestaan voidaan ajatella kuuluvan ne kulttuuriset odotukset, arvot ja normit, jotka säätelevät yksilön elämää jokaisella ekologisen teorian yksilön hyvinvointiin vaikuttavalla edellä esitellyllä tasolla. (Bronfenbrenner 1979,1986; ref. Seikkula 1999, 17–20.)

Lapsen erilaiset sosiaaliset ympäristöt vaikuttavat lasten hyvinvointiin moniulotteisesti Bronfenbrennerin ekologisen teorian mukaan. Bronfenbrennerin ekologinen teoria auttaa hahmottamaan lasten sosiaalisten verkostojen rakenteiden, niiden välisten suhteiden ja lasten välittömästä sosiaalisesta ympäristöstä irrallisten toimijoiden merkitystä lasten hyvinvoinnin perustana. Lapsen hyvinvointiin vaikuttavat niin lapsen välitön sosiaalinen ympäristö (sosiaalinen verkosto), jossa sosiaaliset suhteet ilmenevät kuin myös näiden sosiaalisten suhteiden väliset mekanismit ja toiminnat sekä

lapsen välittömästä sosiaalisesta ympäristöstä irralliset, mutta siihen välillisesti vaikuttavat toimijat ja tekijät.

#### **4.2 Bergerin ja Luckmannin teoria lapsen sosialisatioprosessista**

Bergerin ja Luckmannin (1966) teoria yksilön sosiaalistumisprosessista selittää ihmiselle merkityksellisten toisten ja yhteiskunnan välistä suhdetta. Merkityksellisillä toisilla Berger ja Luckman tarkoittavat ihmiselle ja hänen kehitykselleen merkityksellisiä vuorovaikutussuhteita. Bergerin ja Luckmannin mukaan primaarisosialisaatio on ensimmäinen lapsuuteen paikallistuva sosialisatio, jonka kuluessa lapsesta tulee yhteiskuntansa jäsen. Sekundaarisosialisaatio seuraa primaarisosialisaatioita ja sen aikana lapsi johdatetaan oman yhteiskuntansa objektiivisen maailman toiselle sektorille, jossa primaarisosialisaation aikana sisäistettyjä merkitysrakenteita voidaan kyseenalaistaa. Primaarisosialisaatio on Bergerin ja Luckmannin mielestä sekundaarisosialisaatioita tärkeämpi. Primaarisosialisaation ja sekundaarisosialisaation edellytyksenä on, että lapsi on sosiaalisessa vuorovaikutuksessa sosiaalisen ympäristönsä kanssa. Tästä johtuu että määrittelemme sosiaaliset tilanteet vastavuoroisesti sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. (Berger ja Luckmann 1966, 148–149.)

Bergerin ja Luckmannin (1966) teoriassa primaarisosialisaatioissa lapsi syntyy objektiiviseen yhteiskuntarakenteeseen, jossa hänen sosiaalistamisestaan huolehtivat ”merkitykselliset toiset” (the significant others). Lapsi ei voi valita näitä ”merkityksellisiä toisia” tai toisin sanoen omaa perhettään tai hänestä huolta pitäviä ihmisiä. Primaarisosialisaatio sisältää emotionaalisen latauksen värittämää tiedollista oppimista. Voidaan perustellusti olettaa, että kiintyminen ”merkityksellisiin toisiin” on lapsen kognitiivisten prosessien ja hyvinvoinnin perusedellytys. Lapsen identiteetti reflektoi ”merkityksellisten toisten” siihen kohdistamia asenteita. Näin primaarissa sosialisatiossa rakentuu lapsen ensimmäinen tiedollinen maailma, joka on lapselle tärkeä, sillä merkitykselliset toiset vaikuttavat siihen millainen tämä maailma on. Lapsen käsitys tästä maailmasta riippuu siitä millaisena todellisuutena hänen merkitykselliset toisensa sen hänelle välittävät primaarisosialisaation kuluessa. Lapsen hyvinvointi määräytyy Bergerin ja Luckmannin mukaan suhteessa hänelle ”merkityksellisiin toisiin” ja ympäristönsä kanssa koettuun vuorovaikutukseen. (Berger & Luckmann 1966, 148–156.) Nämä ”merkitykselliset toiset” voidaan nähdä myös sosiaalisen verkoston sosiaalisiin suhteisiin rinnastettavana käsitteenä sikäli, että ne ovat lapsille merkityksellisiä ja vaikuttavat heidän hyvinvointiinsa.

### 4.3 Bowlbyn kiintymyssuhdeteoria ja lapsen hyvinvointi

Lapsen hyvinvoinnin ja sosiaalisen ympäristön suhdetta voidaan selittää myös John Bowlbyn (1969, 1973, 1980) kiintymyssuhdeteoriaan pohjalta. Bowlbyn kiintymyssuhdeteoriaa pidetään yhtenä kehityspsykologian yleisesti tunnettuna perusteorianana. Esimerkiksi Sinkkosen ja Kallandin (2003, 7) mukaan Bowlbyn kiintymyssuhdeteoria pyrkii kuvaamaan ja ymmärtämään varhaisten ihmissuhteiden vaikutusta lapsen myöhempään kehitykseen. Heidän mukaansa Bowlbyn kiintymyssuhdeteorian perusolettamuksena voidaan pitää sitä, että varhaislapsuudessa koetut kiintymyssuhteet toimivat pohjana lapsen myöhemmälle kehitykselle ja ihmissuhteiden laadulle. Bowlby (1969, 336–349) erottelee kiintymyssuhdeteoriassaan toisistaan turvallisen ja turvattoman kiintymyssuhteen kollegansa Mary Ainsworthin vierastilannetutkimusten pohjalta. Varhaislapsuudessa luotu turvallinen kiintymyssuhde lapsen ja tämän ensisijaisen hoitajan välillä vaikuttaa Bowlbyn mukaan positiivisesti lapsen tulevaan kehitykseen ja tulevien ihmissuhteiden laatuun. Turvaton kiintymyssuhde puolestaan ennustaa päinvastaista vaikutusta. Bowlbyn (emt., 350) mukaan yksilön kehitykselliset juuret ovat lapsen ensisijaisen hoitajan ja lapsen välisen vuorovaikutussuhteen laadussa. Hän myös korostaa, ettei kiintymyssuhdekäyttäytyminen häviä siirryttäessä lapsuudesta aikuisuuteen, vaan vaikuttaa koko elämän yksilön käyttäytymisen taustalla (Emt., 177).

Lahikainen ja Sundquist puolestaan (1979) pitävät lapsen kiintymyksen kohdetta biologisesti määräytymättömänä. Lapsen kiintymykseen vaikuttaa heidän mukaansa ennemminkin se, kuka viettää lapsen kanssa eniten aikaa ja vastaa nopeimmin hänen ilmauksiinsa ja pitää häntä sylissä. Lapsen kiintymyksen osoitukset ovat näin ollen lapsen kokemuksia muiden ihmisten arvosta. Mikäli lapsi ei kiinny toisiin ihmisiin, kukaan ihminen ei ole tullut koetuksi toista ihmistä arvokkaammaksi, mikä olisi edellytyksenä pitkäjännitteisten, luottavaisten, kokonaisvaltaisten ihmissuhteiden kehitykselle. (Lahikainen & Sundquist 1979, 2–3.) Myös Hautamäki (2000) esittää Psykologia lehden Bowlbyn kiintymyssuhdeteoriaa käsittelevässä sarjassa, että kiintymyssuhde voidaan ymmärtää ihmisten taipumukseksi muodostaa vahvoja ja valikoivia siteitä toisiinsa. Hänen mukaansa Bowlbyn kiintymyssuhdeteoria selittää myös sitä, miksi keskeisten ihmissuhteiden katkeaminen tai uhka katkeamisesta aiheuttaa ihmisissä ahdistusta. Tällöin kiintymyssuhde nähdään laajemmassa kokonaisuudessa kuin lapsen ja hänen ensisijaisen hoitajan välinen kiintymyssuhde. (Hautamäki 2000, 5.) Samaistun Lahikaisen ja Sundquistin sekä Hautamäen ajatuksiin siitä, että kiintymyskäyttäytymisen esiintymistä voidaan pitää myös muiden kuin äiti-lapsi suhteisiin rinnastettavien ihmissuhteiden kehitysprosessin kulmakivenä. Näin ollen muillakin lapsen sosioemotionaalisen kehityksen kannalta tärkeillä ihmissuhteilla voidaan olettaa olevan merkitystä lapsen hyvinvoinnille ja sosiaalisen verkoston muotoutumisprosessille.

Hautamäki pitää Bowlbyn kiintymyssuhdeteoriaa relationaalisena kehityspsykologisena teoriana lapsen minän rakentumisesta ja muuttumisesta. Tällä Hautamäki tarkoittaa sitä, että vaikka kiintymyssuhdeteoria ei olekaan sinänsä teoria minuudesta Mary Ainsworthin vierastilanne tutkimusten pohjalta kuvatut turvallisen ja turvattoman kiintymyskäyttäytymisen yksilölliset kuvaukset tekevät Bowlbyn teoriasta myös minuuden kehitystä koskevan teorian. Tällöin useimpien persoonallisuus teorioiden tavoin lapsen minuuden tai minän ajatellaan refleктоivan muiden ihmisten lapsen minään kohdistamia asenteita ja tunnekokemuksia. Kiintymyssuhdeteorian voidaankin katsoa Hautamäen mukaan selittävän sitä, miten kehittyvä yksilö refleктоi itsestään kuvaa suhteessa merkityksellisiin toisiin ihmisiin. Kysymys on siis vuorovaikutusta koskevasta mielikuvasta. Jos lapsi jää vaille hoivaa eikä koe itseään tai muita ihmisiä arvokkaiksi, lapsen sosiaalisen ympäristön lapselle suomat kehitysedellytykset jäävät auttamatta köyhiksi. (Emt., 8.) Ajattelen, että sosiaalisen verkoston muotoutumisprosessille onkin tärkeää, että lapsi voi kokea olevansa tärkeä muille ihmisille. Ilman tätä kokemusta lapsi ei nimittäin voi pitää myöskään ketään muuta ihmistä itselleen tärkeänä, mikä on olennaista sosiaalisen verkoston muotoutumisprosessille.

Bowlby (1969) olettaa, että lapsi rakentaa mentaalisia representaatioita tai toisin sanoen sisäisiä-malleja henkilöistä, joihin hän kiinnittyy. Näiden sisäisten mallien avulla lapsi pitää mielessään kuvaa itselleen läheisistä ihmisistä. Sisäisten mallien lapselle itselle läheisistä ihmisistä voidaan olettaa jäsentävän myös lapsen subjektiivista kuvaa omista sosiaalisista verkostoistaan. Hautamäki (2000) arvioi, että Bowlby tarkoittaa sisäisellä mallilla yksilön edustusta itsestään keskeisen ihmissuhteen määrittämässä kontekstissa, kiintymyshahmoa suhteessa itseen, ja tähän suhteeseen liittyvää tunnetilaa. Tunnetila on tärkeässä asemassa sisäisten mallien muotoutumisprosessissa, sillä tunnetilan avulla sidotaan tunteita nostattavat tilanteet tiettyihin esimerkiksi turvallisuutta tai turvattomuutta lisääviin tilanteihin ja reaktioihin. Lapsen sisäiset mallit itsestään ja muista rakentuvat tällöin tunnetilojen viriämisen myötä. Lapsen kokemus itsestään rakentuu suhteessa häntä hoitaviin henkilöihin. Se, kuinka rakastavasti ja huolehtien lapseen suhteudutaan vaikuttaa siihen millaisia tunnetiloja lapselle muodostuu ja millaisen kuvan lapsi (muille ihmisille hoivan arvoisena) hän itsestään refleктоi. Hautamäen mukaan kognitiivisten prosessien kypsymisen myötä lapsen kyvyt käsitellä tunnetilapitoista informaatioita tulevat paremmiksi. Tällöin lapsille tulee myös kyky muokata tunnetilapitoista informaatioita itselleen suotuisemmaksi, jolloin tunnetilapitoinen informaatio muuttuu lapsen mielessä vähemmän ahdistaviksi. Pienemmät lapset ovat hänen mukaansa kuitenkin tunnetilapitoisen informaation suhteen avuttomassa asemassa. Heidän kokemuksensa ovat kokonaisvaltaisempia ja armottomampia, koska heidän kognitiiviset prosessinsa ovat vielä kypsy-



mättömiä ja näin ollen heille ei ole vielä kehittynyt kykyä muokata tällaista informaatioita. (Hautamäki 2000, 8–9.)

#### **4.4 Sosiaalisen saattueen-malli lapsen sosiaalisen verkoston kuvaajana**

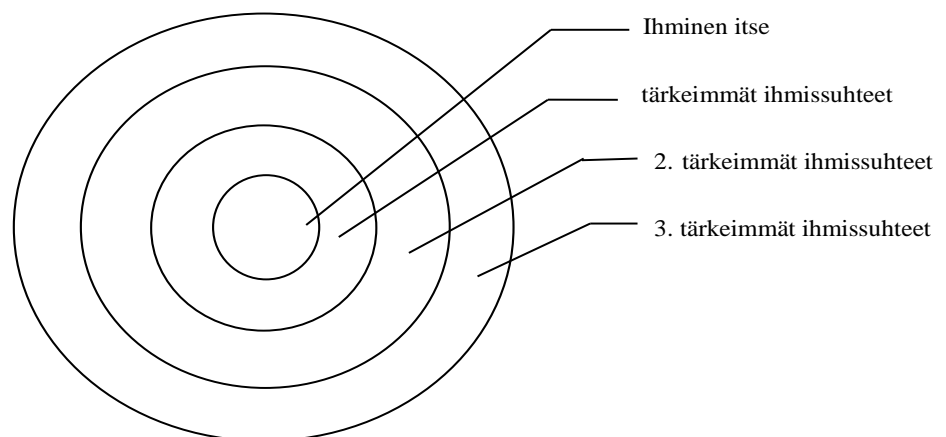
Bowlbyn kiintymyssuhdeteoria (1969, 1973, 1980) on merkittävässä asemassa tutkittaessa yksilöiden sosiaalisia suhteita. Kiintymyssuhdeteoria itsessään on onnistunut kuvaamaan hyvin esimerkiksi sitä, miten sosiaalisista suhteista muodostetaan representaatioita. Kuitenkin myös Bowlbyn kiintymyssuhdeteoria on saanut osakseen kritiikkiä varsinkin sosiaalisen verkoston tutkimuksen piirissä. Levittin (2005, 31) mukaan kiintymyssuhdeteoriassa on kaksi ongelmaa selitettäessä ihmisten sosiaalisia suhteita. Ensinnäkin kiintymyssuhteiden kehityksen oletetaan olevan normatiivisia ja ihmisten elämää pitkälle ennustavia, ja toiseksi kiintymyssuhdeteoria ei ota tarpeeksi huomioon sitä mahdollisuutta, että ihmisellä voisi olla olemassa monia kiintymyssuhteisiin verrattavissa olevia ihmissuhteita sekä muita ihmisen hyvinvoinnille tärkeitä ihmissuhteita.

Kahnin ja Antonuccin (1980) sosiaalisen saattueen teoreettinen ja metodologinen -malli nojautuu Bowlbyn (1969, 1973, 1980) kiintymyssuhdeteoriaan, mutta ottaa kiintymyssuhdeteorian kritiikkiin pohjalta huomioon ihmisten sosiaalisten suhteiden dynaamisen luonteen. Sosiaalisen saattueen-mallissa sosiaalisten suhteiden oletetaan muuttuvan iän myötä ja olevan riippuvaisia sosiaalisesta kontekstista, missä sosiaalisia suhteita luodaan ja ylläpidetään. Sosiaalisen saattueen-malli käsittää kiintymyssuhdeteoriasta poiketen kaikki yksilön tärkeät ihmissuhteet ja kuvaa myös sosiaalisen verkoston rakennetta. Kahn ja Antonucci ovat näin ollen samaa mieltä Bowlbyn kanssa siitä, että ihmisellä voi olla kiintymyssuhteisiin verrattavia ihmissuhteita, mutta painottavat että kiintymyssuhteiden lisäksi ihmisellä voi olla myös muita tärkeitä ihmissuhteita, jotka vaikuttavat ihmisen hyvinvoinnin edellytyksiin. Sosiaalisen saattueen-malli täydentääkin kiintymyssuhdeteoriaa soveltamalla sitä ihmisen kaikkien tärkeiden sosiaalisten suhteiden tutkimiseen. (Kahn & Antonucci 1980, 267–269.)

Kahnin ja Antonuccin sosiaalisen saattueen teoreettisessa ja metodologisessa-mallissa käsite sosiaalinen saattue kuvaa ihmisen sosiaalisen verkoston emotionaalisesti läheisiä ja tärkeitä ihmissuhteita. Nämä sosiaaliset suhteet vaikuttavat ihmisen elämään koko hänen elin-ikänsä ajan. Kahnin ja Antonuccin sosiaalisen saattueen-mallissa korostuukin ihmisen elämänkaaren näkökulma. Sosiaalista saattuetta he käyttivät näin ollen sosiaalisen verkosto käsitteen synonyymina mutta niin, että sosiaalisen saattueen -käsitteessä korostuu sosiaalista verkostoa enemmän yksilön sosiaalisesta

verkostostaan saama sosiaalinen tuki. Ihmisen sosiaalisesta verkostostaan saama tuki ja tuen tarve vaihtelee heidän mukaansa ihmisen elämän-kaaren aikana, ja näin ollen sosiaalinen verkosto pitääkin nähdä ihmisen elämäntilanteen mukaan vaihtelevana käsitteenä. (Kahn & Antonucci 1980, 256.)

Sosiaalisen saattueen sosiaaliset suhteet muodostuvat Kahnin ja Antonuccin sosiaalisen saattueenmallissa kolmesta eri läheisyys ulottuvuudesta. Nämä kolme läheisyys ulottuvuutta muodostuvat yksilön tärkeistä, mutta eritasoisesti tärkeistä ihmissuhteista. Tärkeiden ihmisten läheisyys ulottuvuudet, voidaan myös havainnollistaa maalitauludiagramman muotoon, kuten voi havaita tällä sivulla olevasta kuvioista 1. Sisimmällä kehällä ovat ne ihmissuhteet, joita voi myös Bowlbyn kiintymys-suhdeteorian pohjalta pitää kiintymyssuhteisiin verrattavina ihmissuhteina. Lähimpien ihmissuhteiden menettäminen tuottaa Kahnin ja Antonuccin mukaan yksilölle suurta surua. Näin ollen Kahn ja Antonucci ajattelivat sisimmän kehän edustavan yksilön ihmissuhteita, jotka ovat niin tärkeitä yksilölle, että hänen on vaikeaa kuvitella elämäänsä ilman heitä. Sosiaalisen saattueen läheisimpiä ihmissuhteita voidaan verrata kiintymyssuhteisiin sikäli, että sosiaalisen saattueen sosiaaliset suhteet tarjoavat lapsen kehitykselle turvallisen perustan, jonka avulla lapsen turvallinen maailman tutkiminen on mahdollista. Kahn ja Antonucci nimittivät sisimmän kehän kiintymyssuhteisiin verrattavia ihmissuhteita lapsen ydinverkostoksi. Keskimäinen ja uloin kehä edustavat myös ihmiselle tärkeitä ihmissuhteita, mutta vähimmässä määrin kuin sisimmäisen kehän kiintymyssuhteisiin verrattavat ihmissuhteet. Keskimäisen kehän ihmissuhteet ovat yksilöille toiseksi tärkeimpiä ja uloimman kehän ihmissuhteet etäisimpiä sosiaalisen saattueen ihmissuhteista. Nämä kolme sosiaalisten suhteiden kehää yhdessä muodostivat Kahnin ja Antonucin ajatusten mukaisesti sosiaalisen saattueen-mallin. (Kahn & Antonucci 1980, 272–277.)



**Kuvio 1. Kahnin ja Antonuccin (1980) sosiaalisen saattueen malli**

Kahnin ja Antonuccin sosiaalisen saattueen-mallissa oletetaan, että persoonallisuuden piirteet ja tilannekohtaiset tekijät vaikuttavat oleellisesti sosiaalisiin suhteisiin. Näin ollen sosiaaliset suhteet eivät ole muuttumattomia ja pysyviä vaan vaihtelevat ajasta ja tilanteesta riippuen ihmisen elämän tilanteiden muutoksesta. (Kahn & Antonucci 1980, 256.) Antonuccin, ym. (2004) mukaan esimerkiksi kiintymyssuhteita koskevat tutkimukset ovat osoittaneet, että varhaiset sosiaaliset suhteet ovat suhteellisen pysyviä ja vaikuttavat olennaisesti yksilön tuleviin sosiaalisiin suhteisiin (Antonucci, 1994; Arend, Gove & Sroufe, 1979; Grossmann & Grossmann, 1991; Hamilton, 2000; Magai, 2001; Marvin & Britner, 1999; ref. Antonucci ym. 2004, 354). Antonuccin ym. (emt., 354–355) mukaan sosiaalisen saattueen sosiaaliset suhteet muuttuvat mahdollisesti elämänkaaren aikana käyräviivaisesti niin, että pienillä lapsilla on suhteellisesti vähän sosiaalisia suhteita sosiaalisessa saattueessaan. Sosiaalisten suhteiden määrä kuitenkin lisääntyy ajan myötä keskilapsuuteen siirryttäessä elämämpiiriin laajetessa myös kodin ulkopuolelle. Sosiaalisen saattueen sosiaalisten suhteiden kasvu jatkuu myös siirryttäessä varhaisaikuisuuteen erilaisten roolien ja perhekoon kasvamisen myötä, mutta kääntyy laskuun vanhuudessa erilaisten roolien ja perhekoon supistumisen myötä. Näin ollen voidaan olettaa, että jotkut sosiaaliset suhteet pysyvät sosiaalisessa saattueessa läpi yksilön elämän, kuten esimerkiksi äiti-lapsi suhde, mutta toiset taas muuttuvat elämänkaaren tapahtumien mukana.

Vaikka kiintymyssuhde tutkimuksissa ei olekaan löydetty juuri sukupuolieroja, näitä eroja on löytynyt runsaasti kuitenkin sosiaalisista suhteista tehtyjen tutkimusten kentältä. Sosiaalisista suhteista tehtyjen tutkimusten mukaan naiset muodostaisivat enemmän intiimejä sosiaalisia suhteita ja olisivat enemmän sitoutuneita sosiaalisiin suhteisiinsa kuin miehet. (Acitelli & Antonucci 1994; Antonucci: Akiyama & Lansford 1998; ref. Antonucci ym. 2004, 355.) Vaikka miehillä ja naisilla olisikin eroa tavassa jolla, he kokevat sosiaaliset suhteensa, on edelleen jokseenkin epäselvää vaikuttaako tämä heidän sosiaalisten suhteidensa määrään. Miesten ja naisten sosiaalisten suhteiden luonnetta on pidetty samanlaisena sukupuolesta riippumatta, kuten käy ilmi esimerkiksi äiti-lapsi suhteesta, puoliso-suhteesta, sisarus-suhteesta jne. Nämä sosiaaliset suhteet keskittyvät kuitenkin läheisyys-ulottuvuudella usein keskimmaisille kehille ja ovat yksilöille erittäin läheisiä. (Antonucci ym. 2004, 354–355.)

Antonuccin ym. (2004) Japanissa ja USA:ssa toteutetussa tutkimuksessa selvisi, että naisilla oli enemmän sosiaalisen saattueen erittäin läheisiä ihmissuhteita. Antonucci ym. olettivat, että sukupuolittaisia eroja näkyisi enemmän niiden sosiaalisten suhteiden kohdalla, jotka läheisyys ulottuvuudella sijoittuisivat hiukan etäämmäksi ihmisestä kuten ystävyys-suhteet, sukulais-suhteet,

perheen ulkopuoliset aikuiset jne. Tämä oletus osoittautui heidän tutkimuksessaan kuitenkin vääräksi, sillä sukupuolieroja läheisyysulottuvuudella etäämpien ihmissuhteiden määrässä ei havaittu.

Tässä tutkimuksessa sosiaalista verkostoa terminä käytetään yksilön tärkeiden ihmissuhteiden kokonaisuuden kuvaamiseen. Näin ollen tutkimuksessa lähestytään lasten sosiaalisia verkostoja sosiaalisen saattueen käsitteeseen ja malliin nojautuen. Jokaisen lapsen sosiaalinen verkosto koostuu lapsen omasta subjektiivisesta mielikuvasta omista tärkeistä ihmissuhteistaan. Se, että lapset kokevat ihmissuhteet tärkeinä kertoo puolestaan jotakin sosiaalisen tuen merkityksestä sosiaalisten verkostojen muotoutumisprosessissa. Sosiaalinen verkosto nähdäänkin moniulotteisena käsitteenä, jolla voidaan katsoa olevan ihmisen hyvinvoinnille olennaisia toimintoja. Näin ollen sosiaalisen tuen ja sen vaikutuksen ihmisen hyvinvointiin katsotaan myös tässä tutkimuksessa olevan sosiaalisen verkoston yksi toiminnallinen ominaisuus. 5–6-vuotiaiden lasten sosiaalinen verkosto nähdään myös dynaamisena käsitteenä jolloin tämän ikäisten lasten sosiaalisen verkoston voidaan katsoa heijastelevan lasten kehityksellistä kontekstia ja tietyille ikävaiheelle tyypillistä rakennetta kuten myös lasten sosiaalisesta verkostostaan saaman sosiaalisen tuen määrää ja laatua.

## **5. TUTKIMUKSEN MITTARIT JA MENETELMÄT**

### **5.1 Tutkimusaineiston keruu prosessi**

Tutkimuksen aineistona ovat lasten ja vanhempien haastattelut, jotka kerättiin ”Children’s Well-Being and Media in Societal and Cultural Context”-tutkimusprojektissa Tampereen ja Helsingin alueelta 2003 vuoden kevään aikana ja Kuopiosta saman vuoden syksyllä. Näin ollen tässä tutkimuksessa käytetään valmiiksi kerättyjä ja SPSS- ohjelmaan koodattuja tutkimusaineistoja.

Alun perin tutkimusprojektissa lasten vanhemmille tarkoitettuja lomakkeita oli käytössä neljä: perheen taustatietoja kartoittava lomake, lapsen television katselua kartoittava lomake, lasten unen määrää kartoittava lomake sekä lasten psyykkistä oireilua kartoittava CBCL-lomake. Lasten haastatteluissa puolestaan käytettiin puolistrukturoituja ja kuva-avusteisia haastatteluja. Lasten haastattelu ja vanhempien taustatietolomake olivat käytössä jo vuonna 1993 Anja Riitta Lahikaisen, Inger Kraavin, Tiina Kirmasen ja Leena Majjalan toteuttamassa ”Lasten turvallisuus Suomessa ja virossa”-tutkimusprojektissa. Lasten haastattelulomakkeet todettiin silloin toimiviksi. ”Children’s Well-Being and Media in Societal and Cultural Context”-tutkimusprojektin tarpeisiin vanhempien taustatietolomakkeeseen tehtiin kuitenkin pieniä muutoksia ja lasten haastatteluihin lisättiin kysy-

myksiä muun muassa lasten television katselusta sekä lasten psykiatrasta oireilua kartoittava CBCL-lomake.

Tässä tutkimuksessa käytetään lasten sosiaalisen verkoston tutkimiseen puolistrukturoitua sosiaalisen verkoston maalitauludiagrammamittausta (N = 291) ja lasten hyvinvoinnin kuvaamiseen Thomas Achenbachin (1991) kehittälemää, Suomessa ja maailmalla tunnettua ja validiteetiltaan hyvää lasten psykiatristen oireiden Child Behavior Checklis (CBCL) tutkimusmenetelmää. CBCL -menetelmässä lasten vanhemmat (N= 292) ovat täyttäneet lasten käyttäytymistä ja emotionaalista hyvinvointia kartoittavan lomakkeen, jonka perusteella lapsille on laskettu lapsen oireprofiili, joka koostuu 8 yksittäisestä oireulottuvuudesta; (vetäytyminen, somaattiset oireet, ahdistus/masennus, ajattelun häiriöt, tarkkaavaisuuden häiriöt, sosiaaliset vaikeudet, sääntöjä rikkova käytös, aggressiivisuus), sekä lasten oireilua kokonaisuutena kuvaavista oireulottuvuuksista eli lasten oireilun kokonaisesiintyvyydestä, emotionaalisesta kokonaisoireilusta ja lasten käyttäytymishäiriöiden kokonaisoireulottuvuudesta. (Achenbach, 1991.)

## **5.2 Otot ja kadon analyysi**

Aineiston hankkiminen suoritettiin ”Children’s Well-Being and Media in Societal and Cultural Context”-tutkimusprojektissa yksinkertaisena satunnaisotoksena maistraattien väestötietojärjestelmästä. Alkuperäinen satunnaisotos otos koostui 428 lapsesta ja heidän vanhemmastaan, joille lähetettiin informaatio kirje tutkimusaiheesta. Näiltä vanhemmilta myös kyseltiin puhelimella, haluaisivatko he osallistua tutkimukseen. 64 (15 %) lapsen vanhempaa ei kuitenkaan tavoitettu puhelimitse, 33 (7,7 %) vanhempaa kieltäytyivät osallistumasta tutkimukseen. Näin ollen kyselylomakkeet lähetettiin 331 perheelle. Toistuvien muistutusten jälkeen kyselylomakkeet palautti 307 perhettä, joten tutkimuksen vastausprosentti oli 92,7 %. (307/331) ja kato 7.3 %. Tutkimuksesta suljettiin pois kolme lasta, sillä heillä oli tutkimukseen osallistumisen estävä monivamma. Kolme lasta suljettiin pois, vanhempien huonon suomenkielentaidon, yksi perhe vanhempien vaikean alkoholiongelman ja kolme perhettä kotikaupungista poismuuton vuoksi. Lopullisessa otoksessa oli näin ollen mukana 297 iältään 5–6-vuotiasta lasta, jotka olivat syntyneet välillä 1996–1998. Lapset asuivat Helsingissä, Kuopiossa ja Tampereella.

### 5.3. Mittarit

#### 5.3.1 5–6-vuotiaiden lasten puolistrukturoitu maalitauludiagrammamittaus

”Children’s Well-Being and Media in Societal and Cultural Context”-tutkimusprojektissa lasten sosiaalisten verkostojen kokoa ja rakennetta tutkivassa osuudessa käytettiin mittarina edellä esiteltyä Kahnin ja Antonuccin (1980) kehittelmää sosiaalisen saattueen maalitauludiagrammamittauksista Franco & Levittin (1997) lapsille muokkaamana osittain strukturoituna versiona. Franco ja Levitt muokkasivat Kahnin ja Antonuccin kehittelmää sosiaalisen saattueen-mallia ja tekivät siitä sovelluksen esikouluikäisten lasten sosiaalisten verkostojen tutkimiseen, sillä Antonuccin kehittämä sosiaalisen saattueen-malli ei sellaisenaan soveltunut esikouluikäisten lasten sosiaalisten verkostojen tutkimiseen. Franco ja Levitt ottivat huomioon esikouluikäisten lasten kognitiiviset kyvykkyyden ja huomasivat, että esikouluikäisten lasten oli hankalaa asettaa heidän sosiaalisen verkostonsa ihmissuhteet hierarkiseen järjestykseen. Niinpä he ottivat käyttöönsä piirroshahmot, joiden avulla oli mahdollista representoida lapsille sosiaalisen verkoston mahdollisia ihmissuhteita konkreettisesti. He vertasivat lasten sosiaalisesta verkostosta sosiaalisen saattueen mallin avulla saatuja tutkimustuloksia käyttämällä informantteina sekä lapsia itseään, että lasten vanhempia ja saivat tutkimustulokseksi korkean luotettavuuden.62 -.80. lasten sosiaalisen verkoston rakennetta koskeviin osioihin. (Franco & Levitt 1997, 297.)

Maalitauludiagrammamittauksessa lapsia pyydettiin sijoittamaan tärkeitä ihmissuhteita edustavia eri-ikäisiä ja sukupuoleltaan eroavia paperihahmoja Kahnin ja Antonuccin (1980) sosiaalisen saattueen-mallin pohjalta kehitettyyn maalitauludiagrammaan niin, että itselle tärkeimmät ihmissuhteet olivat lähimpänä maalitaulun keskustaa, toiseksi tärkeimmät vähän kauempana ja kolmanneksi tärkeimmät etäisimmällä kehällä (ks. kuvio 1 s.21 ). Lapset saivat itse päättää ketä tärkeitä ihmissuhteita paperinuket edustivat ja mihin nämä ihmissuhteet maalitauludiagrammassa sijoituivat. Kunkin lapsen subjektiivinen kokemus oman sosiaalisen verkostonsa koosta ja rakenteesta muodostuu näin ollen sen perusteella keitä ihmisiä kuvaavia paperihahmoja lapset sijoittavat maalitauludiagrammaan, mille kehälle nämä ihmissuhteet sijoittuvat tässä diagrammassa ja kuinka monta sosiaalisen verkoston ihmissuhdetta lapset sijoittivat maalitauludiagrammaan.

”Children’s Well-Being and Media in Societal and Cultural Context”-tutkimusprojektissa haastattelijat auttoivat lapsia muistamaan keitä tärkeitä ihmisiä heillä oli ympärillään kysymällä, ovatko lapsille tärkeitä ihmiset seuraavista yhdeksästä kategoriasta (äiti, isä, sisko, veli, äitipuoli, isäpuoli, isovanhemmat, muut lapset, muut aikuiset.) Lasten kanssa käytiin läpi heidän mahdollisesti tärkeitä

ihmissuhteitaan niin kauan, kunnes kaikki heille tärkeät ihmissuhteet tulivat mainituksi maalitauludiagrammaan. Haastattelijoilla oli käytössään tähän tarkoitukseen kaksi avainkysymystä. Ensimmäinen kysymys oli ”Ketkä kuuluvat perheeseesi? ” ja toinen kysymys oli ”Onko sinulla vielä muita tärkeitä ihmisiä elämässäsi?” Haastattelijat varmistivat näiden kysymysten avulla, että kaikki lapsen elämän tärkeät ihmiset tulisivat mainituksi maalitauludiagrammaan.

Haastattelijoilla oli käytössään koodauslomake (liite 1), johon lapsen maalitauludiagrammaan mainitsevat ihmissuhteet koodattiin asteikolla 1–3, jolloin 1 tarkoitti etäistä, 2 melko läheistä ja 3 erittäin läheistä maalitauludiagramman kehää. Koska Antonuccin ja Kahnin (1980) maalitauludiagramma-asteikko oli käänteinen ”Children`s Well-Being and Media in Societal and Cultural Context”- tutkimusprojektissa käytetyn maalitauludiagramma-asteikon kanssa, käänsin alkuperäisen asteikon vastaamaan Kahnin ja Antonuccin esittämää maalitauludiagramma-asteikkoa jolloin 1 tarkoitti läheistä, 2 melko läheistä ja 3 etäisintä maalitauludiagramman kehää. (Kahn & Antonucci 1980, 272–277.)

Koska tutkimusprojektista saamaani valmiiksi SPSS-muotoon koodattuun aineistoon ei ollut koodattuna lasten sosiaalisen verkoston ihmissuhteiden määrää kuvaavia muuttujia, jouduin muodostamaan nämä muuttujat itse muokkaamalla sosiaalisen verkoston koodaus lomakkeessa alun perin olleita tietoja SPSS 16 ohjelman avulla. Alkuperäisestä tutkimuslomakkeesta poiketen SPSS-aineistoon ei ollut koodattuna sisarpuolen tai velipuolen tärkeyttä kuvaavia muuttujia. Alkuperäinen koodauslomake on nähtävissä tutkimukseni liitteissä (liite1.)

Ensin erottelin ne lapset, jotka eivät olleet tehneet ollenkaan sosiaalisen verkoston maalitauludiagrammamittauksista niistä lapsista, jotka olivat maalitauludiagramma-mittauksen tehneet. Tein niin, sillä kaikkien niiden lasten sosiaalista verkostoa koskevat tiedot, jotka eivät olleet maininneet kyseistä henkilöä maalitauludiagrammaan, mutta olivat silti suorittaneet maalitauludiagrammatestauksen, olivat koodattuina SPSS-aineistoon virheellisesti puuttuviksi tiedoiksi. Näiden lasten maalitauludiagrammamittauksen vastaukset koodattiin puuttuvan tiedon sijasta nolllaksi, sillä kyseinen numeerinen arvo kertoi, ettei heillä ollut kyseistä ihmissuhdetta sosiaalisessa verkostossaan. Maalitauludiagrammatestauksen suorittaneita lapsia oli aineistossa 291. Niiden lasten sosiaalista verkostoa koskevat tiedot puolestaan koodattiin puuttuvaksi tiedoksi, joilla ei ollut yhtään ihmissuhdetta sosiaalisessa verkostossaan, ja näin ollen oli ilmeistä, etteivät nämä lapset olleet suorittaneet sosiaalisen verkoston maalitauludiagramma-mittauksia ollenkaan. Näitä lapsia oli aineistossa 4 kappaletta.

Lisäksi muutin alkuperäisen maalitauludiagrammamittauksen tietoja niin, että läheisyys arviot sosiaalisen verkoston ihmissuhteista (1.erittäin läheinen, 2, melko läheinen ja 3 etäinen) vastasivat yhtä läheistä ihmissuhdetta eli numeerista arvoa 1. Tein näin, sillä kiinnostuksen kohteena tässä tutkimuksessa oli nimenomaan sosiaalisen verkoston koko ja rakenne eikä lasten sosiaalisen verkoston läheisten ihmissuhteiden tärkeysjärjestyksen tutkiminen. Tämän jälkeen muodostin sosiaalisen verkoston muuttujista sosiaalisen verkoston kokoa kuvaavia summamuuttujia yksinkertaisen yhteenlaskun avulla. Sosiaalisen verkoston ihmissuhteiden määrää kuvaavien summamuuttujien perusteena olleet alkuperäiset muuttujat on esitetty alla olevassa taulukossa 1. Taulukossa summamuuttujia kuvaavien sarakkeiden alla olevat yksittäiset muuttujat kuvaavat niitä sosiaalisen verkoston muuttujia, jotka ovat mukana sosiaalisen verkoston summamuuttujissa

**Taulukko 1. Sosiaalisen verkoston summamuuttujat**

<b>kokonaisverkoston koko</b>	<b>perheverkoston koko</b>	<b>perheen ulkopuolisen verkoston koko</b>	<b>ydinverkoston koko</b>	<b>sisarusten määrää</b>	<b>isovanhempien määrä</b>
äiti	äiti		äiti (ydin kehä)	sisko 1	mummo 1
isä	isä		isä (ydin kehä)	sisko 2	mummo 2
äitipuoli	äitipuoli		äitipuoli (ydin kehä)	sisko 3	ukki 1
isäpuoli	isäpuoli		isäpuoli (ydin kehä)	sisko 4	ukki 2
sisko 1	sisko 1		sisko 1 (ydin kehä)	veli 1	
sisko 2	sisko 2		sisko 2 (ydin kehä)	veli 2	
sisko 3	sisko 3		sisko 3 (ydin kehä)	veli 3	
sisko 4	sisko 4		sisko 4 (ydin kehä)	veli 4	
veli 1	veli 1		veli 1 (ydin kehä)		
veli 2	veli 2		veli 2 (ydin kehä)		
veli 3	veli 3		veli 3 (ydin kehä)		
veli 4	veli 4		veli 4 (ydin kehä)		
mummo 1		mummo 1	mummo 1 (ydin kehä)		
mummo 2		mummo2	mummo 2 (ydin kehä)		
ukki 1		ukki 1	ukki 1 (ydin kehä)		
ukki 2		ukki 2	ukki 2 (ydin kehä)		
muiden lasten määrä		muiden lasten määrä	muut lapset (ydin kehä)		
muiden aikuisten määrä		muiden aikuisten määrä	muut aikuiset (ydin kehä)		
*lemmikkieläin		*lemmikkieläin	lemmikki (ydin kehä)		
*mielikuvitus-olento		*mielikuvitus-olento	mielikuvitus-olento (ydin kehä)		



Taulukosta 1. voidaan havaita, että lasten sosiaalisen verkoston kokoa kuvaavia summamuuttujia muodostettiin 6 kappaletta. Kokonaisverkoston kokoa tutkivassa summamuuttujassa ovat mukana kaikki mahdolliset lasten sosiaaliseen verkostoonsa nimeämät sosiaalisen verkoston ihmissuhteet. Perheverkoston kokoa kuvaavassa summamuuttujassa ovat puolestaan mukana lasten äidin ja isän lisäksi lasten sisarukset ja mahdollisesti äitipuoli ja isäpuoli. Perheen ulkopuolisen verkoston kokoa kuvaavassa summamuuttujassa ovat mukana lasten isovanhemmat, perheen ulkopuoliset aikuiset, perheen ulkopuoliset lapset, lapsen oma tai sukulaisten lemmikkieläin sekä lapsen mahdollinen mielikuvitusolento. Sisaruksia kuvaava summamuuttuja kuvaa lapsen sosiaaliseen verkostoonsa mainitsemien sisarusten määrää ja isovanhempia kuvaava summamuuttuja puolestaan lapsen sosiaaliseen verkostoonsa mainitsemien isovanhempien määrää.

Mielikuvitusolento ja lemmikkieläin eivät alun perin olleet mukana sosiaalisen verkoston maali-  
tauludiagrammamittauksen alkuperäisellä koodauslomakkeella, mutta koska lapset mainitsivat lemmikin tai mielikuvitusolennon, joissain tapauksissa verkostoonsa kuuluvaksi, lisättiin lemmikille ja mielikuvitusolennolle oma paikkansa haastattelujen aikana koodauslomakkeeseen. Tämä kertoo jotakin myös siitä, että lapset pitivät jossain tapauksessa lemmikkiä ja mielikuvitusolentoa niin tärkeänä, että vaativat saada laittaa myös mielikuvitusolennon tai lemmikin sosiaaliseen verkostoonsa, vaikka näitä hahmoja esittäviä paperihahmoja ei alun perin tutkimuksessa käytetty. Kuitenkin näiden kahden muuttujan osalta tulee huomata, että mielikuvitusolento ja lemmikkieläin olivat koodattuina lasten sosiaalisen verkoston alkuperäiselle tutkimuslomakkeelle niin, että nämä muuttujat edustivat vain yhtä lemmikkiä tai mielikuvitusolentoa. Näin ollen nämä muuttujat on otettu sosiaalisen verkoston summamuuttujiin mukaan yksittäisinä muuttujina eikä kokonaisia mielikuvitus olentoja ja lemmikkieläimiä edustavina ryhminä. Kullakin lapsella voi siis verkostossaan olla vain yksi mielikuvitusolento tai lemmikki. Päätin sijoittaa lapsen lemmikin ja mielikuvitusolennon perheen ulkopuolisen verkoston kokoa kuvaavaan summamuuttujaan, sillä halusin perheverkoston kokoa kuvaavaan summamuuttujaan ainoastaan lapsen perheenjäsenet. Lemmikkieläimet päädyin sijoittamaan perheen ulkopuoliseen verkostoon, sillä alkuperäisellä koodauslomakkeella oli lapsen omat ja sukulaisten lemmikit koodattuina yhdeksi lemmikit kohdaksi. Näin ollen se, olivatko lemmikit lapsen omia vai sukulaisten omia, jäi epäselväksi alkuperäisen lasten sosiaalisen verkoston koodauslomakkeen perusteella. Tämä on harmillista sikäli, että se tuo omat rajoituksensa tutkimukseen, sillä lemmikit ja mielikuvitusolennot eivät saa tutkimuksessa sellaista asemaa lapsen sosiaalisessa verkostossa kuin lasten haastattelujen perusteella lemmikeille ja mielikuvitusolennoille olisi pitänyt antaa.

Lasten ydinverkoston kokoa kuvaava summamuuttuja muodostettiin laskemalla yhteen kaikkien lapsen sisimmällä eli lasta itseä lähimmällä sosiaalisen saattueen kehällä olevien ihmissuhteiden määrä. Näin tehtiin, sillä tässä tutkimuksessa metodologisena lähtökohtana olevassa Kahnin ja Antonuccin (1980, 272–277) sosiaalisen saattueen mallissa oletetaan lapsen ydinverkostoon kuuluvan kaikki lapsen sosiaalisen verkoston lähimmät ihmissuhteet. Tässä tutkimuksessa on huomattava, että ydinverkoston kokoa kuvaavassa summamuuttujassa perheen ulkopuolisten aikuisten, perheen ulkopuolisten lasten, lemmikkieläinten ja mielikuvitusolentojen osalta lapsen ydinverkoston kokoa kuvaavassa muuttujassa on mukana vain yksi lapselle läheisin perheen ulkopuolinen lapsi, aikuinen, mielikuvitusolento ja lemmikki johtuen tutkimuksessa käytetyn koodauslomakkeen puutteellisuudesta ja siitä, ettei aineistostani käynyt selville kuin läheisimmän (yhden) lemmikin, mielikuvitusolennon, perheen ulkopuolisten lasten ja aikuisten läheisyys asteikolla 1–3. ( ks. liite 1.)

Kuuden muodostetun summamuuttujan lisäksi suoraan alkuperäiseltä lasten sosiaalisen verkoston koodauslomakkeelta saatiin suoraan perheen ulkopuolisten lasten ja aikuisten määrää kuvaavat verkostomuuttujat. Näitä verkostomuuttujia voitiin käyttää suoraan perheen ulkopuolisten aikuisten ja perheen ulkopuolisten lasten määrän mittareina.

Muodostettujen lasten sosiaalisen verkoston kokoa kuvaavien summamuuttujien perusteella oli mahdollista tutkia lasten sosiaalisen verkoston rakennetta ja kokoa. Sivulla 30 olevasta taulukosta 2 voidaan nähdä lasten sosiaalisen verkoston ihmissuhteiden määrät lasten sosiaalisen verkoston kokoa kuvaavilla muuttujilla.

Lasten kokonaisverkoston koko vaihteli tutkittavien lasten keskuudessa 1–43 ihmiseen. Keskimäärin lapset olivat nimenneet kokonaisverkostoonsa kuuluvaksi noin 13 ihmistä. Ydinverkoston koko vaihteli puolestaan tutkittavien lasten keskuudessa 0–11 erittäin läheiseen henkilöön. Keskimäärin lasten ydinverkostoon kuului noin viisi erittäin läheistä ihmistä. Huomattavaa on, että ydinverkoston ihmissuhteiden määrä olisi voinut olla suurempi, mikäli ydinverkostoon olisi saatu laskettua mukaan myös kaikki lapselle läheisimmät lemmikit, mielikuvitusolennot, perheen ulkopuoliset lapset ja aikuiset, jotka lapsi on sijoittanut itseään lähimmälle kehälle. Perheverkoston koko vaihteli tutkittavien lasten keskuudessa 0–8 ihmiseen. Perheverkostoon lapset olivat nimenneet keskimäärin noin kolme läheistä ihmistä. Sisaruksien määrä vaihteli tutkittavien lasten keskuudessa 0–6 sisarukseen ja keskimäärin lapset olivat maininneet verkostoonsa kuuluvaksi noin yhden sisaruksen.

Perheen ulkopuolisen verkoston koko vaihteli 0–39 ihmiseen. Keskimäärin lapset olivat nimenneet perheen ulkopuoliseen verkostoonsa kuuluvaksi 39 ihmistä. Isovanhempien määrä vaihteli 0–4 isovanhempaan. Keskimäärin lapset nimesivät verkostoonsa kuuluvaksi noin kaksi isovanhempaa. Perheen ulkopuolisten lasten määrä lasten sosiaalisessa verkostossa vaihteli puolestaan 0–27 lapseen. Keskimäärin lapset olivat maininneet sosiaaliseen verkostoonsa kuuluvaksi kuusi perheen ulkopuolista lasta. Perheen ulkopuolisten aikuisten määrä puolestaan vaihteli 0–10 perheen ulkopuolisen aikuisen välillä. Keskimäärin lapset olivat maininneet sosiaaliseen verkostoonsa kaksi perheen ulkopuolista aikuista. Näin ollen tutkittavien lasten keskuudessa perheen ulkopuolisilla lapsilla näyttäisi olevan suurempi merkitys lapsille itselleen kuin perheen ulkopuolisilla aikuisilla, sillä perheen ulkopuolisia lapsia mainittiin sosiaaliseen verkostoon enemmän kuin perheen ulkopuolisia aikuisia.

**Taulukko 2. Lasten (N= 291) verkostomuuttujien tunnusluvut.**

verkosto muuttuja	min	maks	ka	kh	md	(kv25)	(kv75)
kokonaisverkoston koko	1	43	13.2	6.6	12	9	16
ydinverkoston koko	0	10	4.8	2.0	5	4	6
perhe verkoston koko	0	8	3,2	0.99	3	3	4
perheen ulkopuolisen verkoston koko	0	39	10,0	6.4	9	6	13
sisarusten määrä	0	6	1,2	0.93	1	1	2
isovanhempien määrä	0	4	2.1	1.4	2	1	3
muiden lasten määrä	0	27	5.6	4,5	5	2	7
muiden aikuisten määrä	0	10	2.0	2.4	1	0	3

(Taulukossa käytetyt lyhenteet min= minimi, maks=maksimi, ka=keskiarvo, kh= keskihajonta, md=mediaani, kv25= alakvartiili , kv75= yläkvartiili)

Kuten sivulla 31 olevasta taulukosta 3 nähdään, päädyin jakamaan sosiaalisen verkoston kokoa ja rakennetta kuvaavat summamuuttujat kolmeen luokkaan jakaumien frekvenssien perusteella. Nimesin lasten sosiaalisen verkoston kokoa kuvaavat luokat suppeaksi verkostoksi, keskikokoiseksi verkostoksi ja suureksi verkostoksi. Huomattava on, että lasten sosiaalisen verkoston sisarusten määrää, isovanhempien määrää ja perheen ulkopuolisten aikuisten määrää kuvaavien muuttujien luokitus suppeaan, keskikokoiseen ja suureen sosiaaliseen verkostoon on tehty niin, että suppean verkoston luokka sisältää tilanteen, jossa lapsilla ei ole yhtään ainoaa sisarusta, isovanhempaa tai

perheen ulkopuolista aikuista sosiaalisessa verkostossaan. Nämä muuttujat luokiteltiin tällä tavoin, koska suhteellisesti niitä lapsia, joilla ei ollut yhtään isovanhempaa, sisarusta tai perheen ulkopuolista aikuista sosiaalisessa verkostossaan oli suuri määrä.

Tulevan analyysin puitteissa on syytä huomauttaa, että tutkimuksessa käytetään sanaa ”ihmissuhde tai ihminen” kuvaamaan lasten sosiaalisen verkoston sisältämiä ”yksiköitä”, vaikka ihmisten lisäksi ydinverkostossa, kokonaisverkostossa ja perheen ulkopuolisessa verkostossa on mukana myös lasten lemmikkieläin tai mielikuvitusolento.

**Taulukko 3. Lasten sosiaalisen verkoston rakennetta ja kokoa kuvaavat luokitellut verkostomuuttujat ja lasten frekvenssit verkostomuuttujien suppeassa, keskikokoisessa ja suuressa verkostoluokassa**

verkostomuuttuja	suppean verkoston koko (N=)	keskikokoisen verkoston koko (N=)	suuren verkoston koko (N=)
kokonaisverkosto	1–9 (N=96)	10–15 (N=111)	16–43 (N=84)
perheverkosto	0–2 (N=60)	3 (N=142)	4–8 (N=89)
sisarusten määrä	0 (N=55)	1 (N=148)	2–6 (N=88)
ydinverkosto	0–3 (N=63)	4–5 (N=117)	6–10 (N=99)
perheen ulkopuolinen verkosto	0–6 (N=95)	7–11 (N=103)	12–39 (N=93)
isovanhempien määrä	0 (N=62)	1–2 (N=113)	3–4 (N=116)
muiden lasten määrä	0–3 (N=107)	4–7 (N=91)	8–27 (N=93)
muiden aikuisten määrä	0 (N=116)	1–2 (N=86)	3–10 (N=89)

### 5.3.2. Child Behavior Checklist–menetelmä lasten hyvinvoinnin mittarina

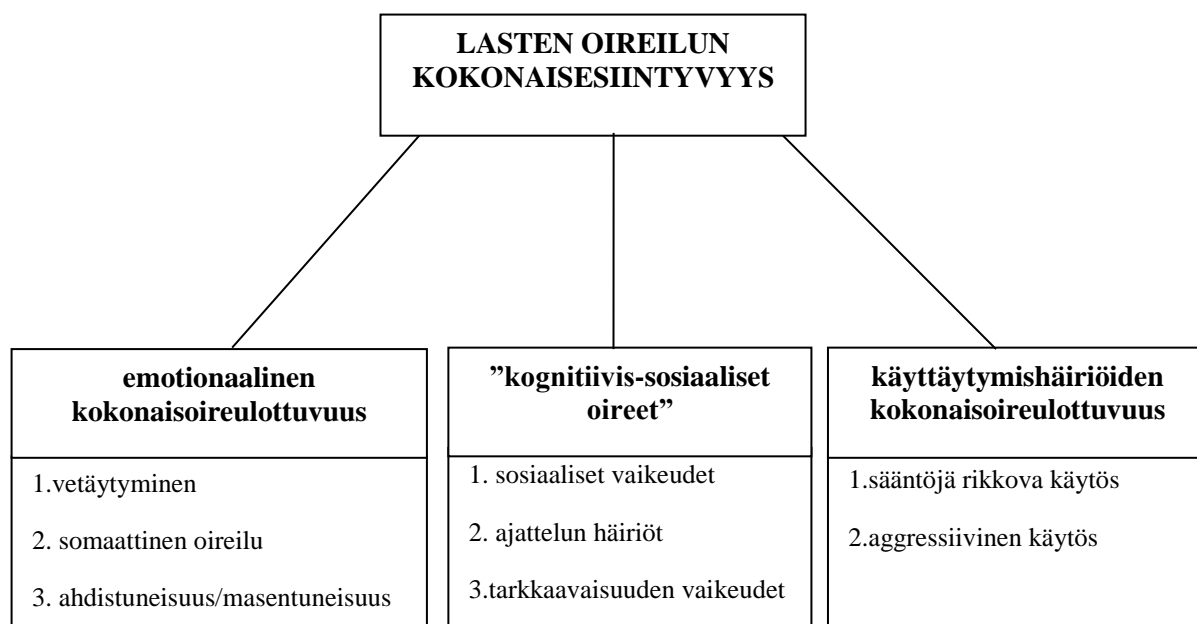
Lasten hyvinvointia mitattiin ”Children`s Well-Being and Media in Societal and Cultural Context”-tutkimusprojektissa lasten vanhempien täyttämien Child Behavior Checklist (CBCL6/18)–kyselylomakkeiden avulla. CBCL-menetelmä on Thomas Achenbachin (1991) kehittänyt kansainvälisesti ja Suomessa paljon käytetty, normitettu ja validiteetiltaan hyvä lasten hyvinvoinnin mittari. (Achenbach, 1991.)

CBCL-kyselylomakkeet koostuivat yli 100 lasten käyttäytymistä ja mielenterveyttä kuvaavasta väittämästä, joissa kussakin oli kolme vastausvaihtoehtoa; 1. ei kuvaa tätä lasta 2. kuvaa joskus tätä

lasta, ja 3. kuvaa usein tätä lasta. Näiden väittämien perusteella on ”Children’s Well-Being and Media in Societal and Cultural Context”- tutkimusprojektissa CBCL-kyselylomakkeista laskettu faktorianalyysin avulla oireulottuvuuksia, joita käytetään tässä tutkimuksessa lasten hyvinvoinnin keskimääräisen tason mittaamiseen. Tutkimuksessa käytetyt CBCL-oireulottuvuudet on kuvattu taulukossa 4. CBCL-oireulottuvuudet muodostuvat kyselylomakkeista lasketuista kahdeksasta eri osaskaalasta, jotka kuvaavat lasten psykiatrisia oireita. Nämä kyselylomakkeista lasketut lasten psykiatrisia oireita kuvaavat yksittäiset oireulottuvuudet ovat: 1. sosiaalisesta vuorovaikutuksesta vetäytyminen, 2. somaattiset oireet, 3. ahdistuneisuus/masentuneisuus, 4. sosiaaliset vaikeudet, 5. ajattelun häiriöt 6. tarkkaavaisuus vaikeudet 7. käyttäytymisen häiriöt ja 8. aggressiivinen käyttäytyminen. Lisäksi lasten oireulottuvuudet on CBCL-menetelmässä jaettu lasten oireilua kokonaisuutena kuvaaviin oireulottuvuuksiin eli lasten emotionaaliseen kokonaisoireulottuvuuteen (internaaliseen oireiluun), käyttäytymishäiriöiden kokonaisoireulottuvuuteen (externaaliseen oireiluun) sekä lasten oireilun kokonaisesiintyvyyttä kuvaavaan oireulottuvuuteen.

Lapsen emotionaaliseen kokonaisoireulottuvuuteen (internaalinen oireilu) kuuluvat yksittäisistä oireulottuvuuksista sosiaalisesta vuorovaikutuksesta vetäytyminen, somaattiset oireet ja ahdistuneisuus/masentuneisuus oireulottuvuudet. Lasten käyttäytymishäiriöitä (externaalinen oireilu) kuvaavalle kokonaisoireulottuvuudelle kuuluvat puolestaan sääntöjä rikkova -ja aggressiivinen käyttäytyminen. Lapsen emotionaaliset oireet (internaaliset oireet) suuntautuvat lapseen itseensä ja näkyvät lapsen sisäisenä pahoinvointina kun taas käyttäytymisen häiriöt (externaaliset oireet) suuntautuvat lapsesta ulospäin ja näkyvät ulkoisesti havaittavissa olevina käyttäytymishäiriöinä. Lasten hyvinvointia kokonaisuutena kuvaavalle lasten oireilun kokonaisesiintyvyyttä kuvaavalle oireulottuvuudelle puolestaan kuuluvat kaikki oireluokat yhdessä. Nimesin Achenbachin alkupe-  
räisestä luokituksesta poiketen ajattelun häiriöt, sosiaalisille vaikeudet ja tarkkaavaisuuden vaikeudet lasten kognitiivis-sosiaalisiksi oireiksi. Tällaista kokonaisoireulottuvuutta, joka kuvaisi kognitiivis-sosiaalisia oireita (ajattelun häiriöt, tarkkaavaisuuden vaikeudet ja sosiaaliset vaikeudet) yhdessä, ei tutkimuksessa Achenbachin alkuperäisestä luokituksesta johtuen kuitenkaan käytetty. Tässä tutkimuksessa CBCL-oiremuuttujista jätettiin lasten seksuaalisia ongelmia kuvaava CBCL-  
oireluokka pois, koska mielenkiinto ei tutkimuksessa kohdistunut lasten seksuaalisiin ongelmiin. (Achenbach, 1991.)

**Taulukko 4. CBCL/1991 menetelmän oireulottuvuudet tutkimuksessa**



CBCL-lomakkeiden avulla voidaan arvioida lapsen emotionaalista hyvinvointia, käyttäytymisen häiriöitä sekä kognitiivis-sosiaalisia oireita. Lapsen oireilua ja käyttäytymisen häiriöitä voidaan normitetun CBCL-mittarin avulla arvioida suhteessa kliiniseen raja-arvoon. Näin on mahdollista määrittää lapsen oireilun ja käyttäytymishäiriöiden vakavuutta käytännön psykiatrisessa kentätyössä. Tässä tutkimuksessa selvitetään kuitenkin sitä, eroaako lasten hyvinvoinnin keskimääräinen taso/määrä lasten sosiaalista verkostoa kuvaavien muuttujien luokkien välillä toisistaan. Lapsen hyvinvointi nähdään eräänlaisena jatkumona, jossa tarkasti sen määrittäminen, voiko lapsi hyvin vai huonosti, ei ole tutkimuksen päätehtävä.

CBCL-menetelmässä on mahdollisuus käyttää joko suoraan lomakkeilta laskettuja raakapisteitä (r-pisteitä) tai lasten sukupuolen ja iän mukaan normitettuja t-pisteitä. Sukupuolen ja iän mukaan normitetut t-pisteet soveltuvat paremmin käytettäväksi tilastollisissa analyyseissa, silloin kun tutkittavien lasten joukossa on suuri määrä paljon oireilevia lapsia. Koska tässä otoksessa paljon oireilevia lapsia oli kuitenkin suhteellisen vähän, suoraan lomakkeilta laskettavien raakapisteiden avulla on mahdollista tavoittaa lasten oireilun eroja yksittäisten oireulottuvuuksien osalta herkemmin kuin sukupuolen ja iän mukaan normitettujen t-pisteiden avulla. (Achenbach 1991, 189 – 190).

Lasten keskimääräisen oireilun (hyvinvoinnin) vertailu sosiaalisen verkoston muuttujien luokissa tehtiin CBCL-lomakkeilta suoraan laskettujen raakapisteiden (r-pisteiden) keskiarvojen avulla. Huomioitavaa r-pisteiden käytössä on se, että eri oireulottuvuuksien pistemäärät eivät ole toisiinsa verrannolliset, sillä pistemäärien skaalat vaihtelevat eri oireulottuvuuksien suhteen. CBCL r-pistei-

den keskiarvovertailu lasten suppean, keskikokoisen ja suuren sosiaalisen verkoston luokkien välillä yhden oireulottuvuuden osalta on kuitenkin mahdollista.

Tutkimuksessa käytetään myös lasten iän ja sukupuolen mukaan normitettuja CBCL t-pisteitä lasten hyvinvoinnin sukupuolittaisten erojen tutkimiseen. Tyttöjen ja poikien eroja tutkitaan kuitenkin vain hyvinvointia kokonaisuutena kuvaavien lasten oireilun kokonaisesiintyvyyden, emotionaalisen kokonaisoireulottuvuuden ja käyttäytymishäiriöiden kokonaisoireulottuvuuden osalta, sillä t-pisteiden jakaumat noudattavat likimain normaalijakaumaa näillä oireulottuvuuksilla ja mahdollistavat kaksisuuntaisen varianssianalyysin käytön oirepisteiden vertailussa.

Achenbachin (1991) CBCL normiotoksen tyttöjen ja poikien keskimääräiset CBCL r- ja t- pisteet ja pisteiden hajonnat ja tämän tutkimuksen tyttöjen ja poikien keskimääräiset CBCL r ja t-pisteet ja pisteiden hajonnat ovat tutkielman liitteenä (liite 2). Achenbachin (1991) normiotoksen lapset oireilivat melkein kaikilla oireulottuvuuksilla enemmän kuin tässä tutkimuksessa mukana olleet lapset. Tytöt ja pojat oireilivat kuitenkin tässä tutkimuksessa somaattisesti hiukan enemmän kuin Achenbachin normiotoksen lapset. Tyttöillä oli enemmän myös ahdistuneisuutta/masentuneisuutta kuin Achenbachin normiotoksen lapsilla. Tällaiset tulokset ovat samansuuntaisia kuin Santalahden ja Souranderin (2008, 1503) esittelemien tutkimusten tulokset sikäli, että heidän mukaansa suomalaisten tyttöjen masennusoireet ja poikien päänsärky sekä vatsakivut olivat lisääntyneet vuodesta 1989 vuoteen 2005.

Taulukko 5 s.35 havainnollistaa CBCL-lomakkeiden otosjakaumaa. 292 lapsen vanhempaa täytti CBCL- lomakkeen. 9 lasta poissuljettiin CBCL-lomakkeiden osalta, sillä heillä oli virheellisesti koodattuna kaikkien oireulottuvuuksien osalta 0 pistettä kaikista oireulottuvuuksista. Tarkkaa syytä tähän ei saatu selville, mutta tämä saattoi johtua siitä, että näiden 9 lapsen osalta aineistossa olisi ollut lasten oireilun suhteen liikaa puuttuvaa tietoa, jonka lasten oirepisteiden laskemiseen tarkoitettu tietokoneohjelma olisi virheellisesti tulkinnut nolllaksi. Lisäksi t-pisteissä oli puuttuvaa tietoa 6 lapsella, jotka jouduttiin myös sulkemaan pois tutkimuksesta. Lopullisessa CBCL –mittauksessa oli mukana r-pisteiden osalta näin ollen 283 lasta ja t-pisteiden osalta 277 lasta.

**Taulukko 5. Otostiedot lasten oireilun CBCL-mittauksesta**

	<b>CBCL r- pisteet (N)</b>	<b>CBCL t- pisteet (N)</b>
CBCL-mittauksen täyttäneet aikuiset	292	292
poissuljetut	9	9
puuttuvat tiedot	0	6
<b>lopullisessa mittauksessa</b>	<b>283</b>	<b>277</b>

#### **5.4. Aineiston analyysimenetelmät**

Lasten oireilua lasten sosiaalisen verkoston luokissa kartoitetaan CBCL-lomakkeilta suoraan saatavien CBCL r-pisteiden keskiarvojen sekä lapsen sosiaalisen verkoston maalitauludiagrammamittauksen perusteella muodostettujen lasten sosiaalisen verkoston kokoa kuvaavien verkostomuuttujien avulla (ks. muuttujataulukot 3 & 4 s. 31 ja 33). Tutkin eroavatko lasten keskimääräiset CBCL-pisteiden keskiarvot toisistaan sosiaalisen verkoston kokoa kuvaavissa suppeassa, keskikokoisessa ja suuressa verkostomuuttujien luokissa. Mielenkiinto kohdistuu myös siihen, missä kolmesta lasten sosiaalisen verkoston kokoa kuvaavasta luokasta lapset oireilevat enemmän ja missä vähemmän. Aineistossa oli suhteellisesti pienehkö määrä niitä lapsia, jotka saivat korkeat oireipisteet lasten hyvinvointia kuvaavilla oireulottuvuuksilla ja näin ollen yksittäisten oireulottuvuuksien (aggressiivisuus, sääntöjä rikkova käyttäytyminen, ajattelun häiriöt, ahdistuneisuus/masentuneisuus, somaattiset oireet, vetäytyminen, tarkkaavaisuuden vaikeudet, sosiaaliset vaikeudet) r-pisteiden jakaumat eivät tässä tutkimuksessa noudattaneet täysin normaalijakaumaa, vaan olivat jonkin verran vinoja. Suhteellisesti pieni enemmän oireilevien lasten joukko aiheuttaa sen, että suhteessa vähemmän oireileviin lapsiin enemmän oireilevat lapset vaikuttavat herkästi lasten keskimääräistä oireilua kuvaavaan keskiarvoon. Kuitenkaan näiden lasten poistaminen ei tutkimuksessa ollut järkevää, sillä tutkimuskysymyksen kannalta relevanttia oli pitää myös nämä lapset mukana tutkimuksessa.

Mikäli yksittäisten oireulottuvuuksien jakaumien olisi haluttu lähestyvän vielä enemmän normaalijakaumaa, olisi otoskoon pitänyt olla suurempi. Otoskoko oli kuitenkin jokaisen verkosto-muuttuja ryhmän (suppea, keskikokoinen ja suuri verkosto) osalta yli 52 tilastoyksikköä, joten otoskoon puolesta voitaisiin periaatteessa olettaa, että myös r-pisteiden jakaumat lähenevät jossain määrin normaalijakaumaa. Keskeisen raja-arvolauseen mukaan eri otoksista saatavien otoskeskiarvojen jakauma lähentelee normaalijakaumaa otoskoon kasvaessa, riippumatta siitä minkälainen jakauma



muuttujalla on perusjoukossa. On havaittu, että otoskoon ollessa 30 ja siitä ylöspäin ollaan useimmissa tapauksissa jo riittävän lähellä normaalijakaumaa. Jos muuttujan jakauma perusjoukossa erittäin vino, monihuippuinen, jne. (niin kuin tässä tutkimuksessa) tarvitaan kuitenkin isompi otos normaalijakautuneisuuden takaamiseksi. Näin ollen keskiarvoon lasten oireilua kuvaavana tunnuslukuna voidaan suhtautua jonkin verran kriittisesti yksittäisten oireulottuvuuksien suhteen.

Keskimmääraisten oirepisteiden vertailu suoritettiin yksisuuntaisen varianssianalyysin epäparametrisen vastikkeen Kruskal Wallisin testin avulla. Yksisuuntaisen varianssianalyysin epäparametrista vastiketta oirepisteiden keskiarvojen vertailuun käytettiin, myös sen takia, että yksisuuntaisen varianssianalyysin oletukset eivät toteutuneet kaikkien jakaumien normaaliolotuksen ja varianssien yhtäsuuruus vaatimuksen osalta. Kruskal Wallisin testi soveltuu jakaumien vinoudesta huolimatta testausmenetelmäksi, koska siinä testisuureen laskemisessa ei käytetä alkuperäisiä havaintoarvoja. Alkuperäiset arvot korvataan järjestyslukuilla, pienin arvo saa järjestysluvun yksi, toiseksi pienin kaksi jne. Testisuureet lasketaan sitten näiden järjestyslukujen perusteella. SPSS 16 ohjelmassa käytetty Kruskal Wallisin testi ei kuitenkaan erottele tarkasti mikä sosiaalisen verkoston luokka eroaa muista tilastollisesti merkitsevästi. Se kertoo ainoastaan sen, että yksi luokka eroaa toisista tilastollisesti merkitsevästi. CBCL r-oirepisteiden keskiarvovertailua esittävien pylväsdiagrammien perusteella voidaan kuitenkin saada silmämääräisesti käsitys siitä, mikä lasten sosiaalisen verkoston luokka eroaa eniten muista sosiaalisen verkoston luokista. Yksittäisten oireulottuvuuksien (aggressiivisuus, sääntöjä rikkova käyttäytyminen, ajattelun häiriöt, ahdistuneisuus/masentuneisuus, somaattiset oireet, vetäytyminen, tarkkaavaisuuden vaikeudet, sosiaaliset vaikeudet) osalta pylväsdiagrammien esittämien CBCL-oirepisteiden keskiarvo-vertailuihin tulee kuitenkin suhtautua sikäli varauksella, että keskiarvo on vinoille jakaumille ”herkkä” tunnusluku. Keskiarvon perusteella on kuitenkin mahdollista havainnollistaa sitä, missä sosiaalisen verkoston kokoa kuvaavassa ryhmässä ”paljon/vähän” oireilevia lapsia on suhteessa eniten. Lisäksi tässä tutkimuksessa otoskoko oli jokaisen sosiaalisen verkoston kokoa kuvaavan ryhmän osalta yli 52 tilastoyksikköä, joten myös keskiarvoon perustuvia pylväsdiagrammeja, voidaan pitää sikäli melko luotettavina. Lasten oireilun kokonaisesiintyvyyden, emotionaalisen kokonaisoireulottuvuuden ja käyttäytymishäiriöiden kokonaisoireulottuvuuden osalta jakaumat ovat lähempänä normaalijakaumaa kuin yksittäiset oireulottuvuudet. Tämä johtui siitä, että ”enemmän oireilevia” lapsia oli näillä oireulottuvuuksilla enemmän, koska nämä oireulottuvuudet sisälsivät itsessään yksittäiset oireulottuvuudet.

Tytöjen ja poikien sosiaalisen verkoston koon vertailu suoritettiin ensiksi kahden riippumattoman otoksen t-testin avulla. Lasten oireilun sukupuolittaiseen vertailuun suppeassa, keskikokoisessa ja suuressa sosiaalisen verkostomuuttujien luokissa käytettiin lasten iän ja sukupuolen mukaan normi-

tettuja CBCL-lomakeilta laskettuja t-pisteitä. Sukupuolittainen vertailu tehtiin lasten oireilun kokonaisesiintyvyyden, emotionaalisen kokonaisoireulottuvuuden ja käyttäytymishäiriöitä kuvaavan kokonaisoireulottuvuuden suhteen, sillä näiden oireulottuvuuksien sukupuolen ja iän mukaan normitetut t-pisteiden jakaumat noudattivat likimain normaalijakaumaa melkein kaikissa sukupuolen ja sosiaalisen verkoston koon mukaan luokitelluissa CBCL t-pisteiden luokissa Kolmogorov-Smirnovin tai Shapiro Wilk normaalioletus testien mukaan ( $p>0.05$ ). T-pisteet soveltuivatkin edellä mainittujen oireulottuvuuksien osalta kaksisuuntaisen varianssianalyysin tekemiseen kaksisuuntaisen varianssianalyysin oletusten puolesta. Normaalioletuksen lisäksi kaksisuuntaisen varianssianalyysin oletuksiin kuulu se, että selittävän muuttujan otosvariانسsit ovat yhtä suuria perusjoukossa. Myös tämä oletus täyttyi suurimmassa osassa jakaumia varianssien yhtäsuuruutta testaavan Levenen testin perusteella ( $p<0.05$ ). Kaksisuuntaisen varianssianalyysin oletukset rikkoontuivat muutamassa yksittäisessä tapauksessa lasten kokonaisoireilua kuvaavien t-pisteiden osalta. Kaksisuuntaisen varianssianalyysin oletusten rikkoontuminen on otettu kuitenkin huomioon tuloksia kirjoitettaessa. Muiden yksittäisten oireulottuvuuksien suhteen lasten iän ja sukupuolen mukaan normitetut t-pisteiden jakaumat olivat sen verran vinoja, että niiden käyttö kaksisuuntaisen varianssianalyysin tekemiseen ei ollut mielekäästä. Kaksisuuntaisen varianssianalyysin avulla tutkitaan sitä, eroaako tyttöjen ja poikien oireilu toisistaan sosiaalisen verkoston kokoa kuvaavien muuttujien luokissa. Toisin sanoen selvitetään onko lasten sukupuoli tai ovatko sukupuoli ja sosiaalisen verkoston koko yhdessä (yhdysvaikutus) yhteydessä lasten hyvinvointiin.

## **6. ANALYYSI**

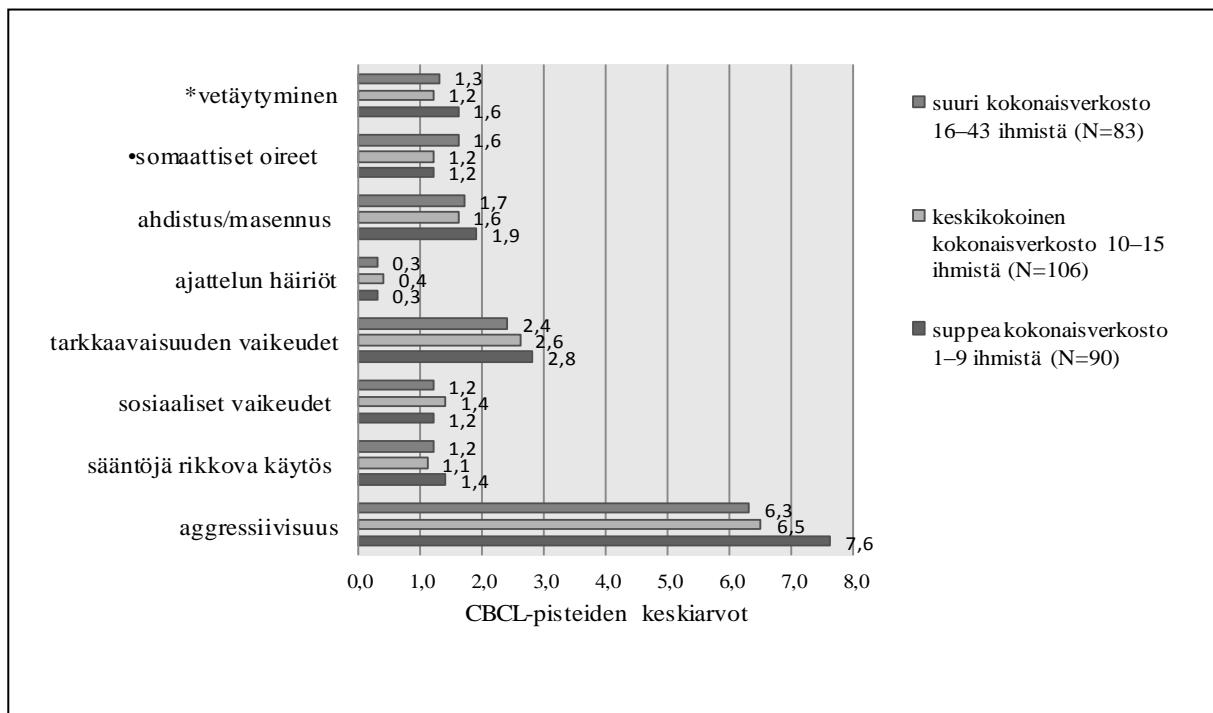
### **6.1. Kokonaisverkoston koon yhteys lasten hyvinvointiin**

Lasten kokonaisverkostossa olivat mukana kaikki lasten sosiaaliseen verkostoonsa mainitsevat sosiaaliset suhteet. Lapset nimesivät kokonaisverkostoonsa keskimäärin noin 13 ihmistä. Lasten kokonaisverkoston koko vaihteli tutkittavien lasten keskuudessa 1–43 ihmisen välillä. Lapset nimesivät suppeaan kokonaisverkostoonsa kuuluvaksi 1–9 ihmistä ( $N=90$ ), keskikokoiseen kokonaisverkostoonsa kuuluvaksi 10–15 ihmistä ( $N=106$ ) ja suureen kokonaisverkostoonsa kuuluvaksi 16–43 ihmistä ( $N=83$ ). Liitteenä oleva taulukko 3 ja sivuilla 39 olevat kuviot 2 & 3 esittävät lasten vanhempien arvion perusteella laskettuja keskimääräisiä CBCL-summapistemääriä lasten kokonaisverkoston kokoa kuvaavissa verkostoluokissa. CBCL-oiremuuttujat ja sosiaalisen verkoston kokoa kuvaavat verkostomuuttujat on kuvattu tarkemmin edellä esitetyissä taulukoissa 3 & 4 (s.31 & 33).

Lasten kokonaisverkoston koko oli tilastollisesti lähes merkitsevästi yhteydessä ainoastaan lasten sosiaalisesta vuorovaikutuksesta vetäytymiseen ( $\chi^2(2)=6.064$ ,  $p=0.05$ ). Lasten kokonaisverkoston koolla ei ollut yhteyttä lasten emotionaaliseen kokonaisoireulottuvuuteen, eikä ahdistuneisuuteen/masentuneisuuteen. Kuitenkin huomioitavaa on, että lasten somaattisen oireilun osalta tilastollinen merkitsevyys ( $\chi^2(2)=5.049$ ,  $p=0.08$ ), oli vain hieman yli lähes merkitsevän rajan ( $p<0.05$ ). Voidaan siis ajatella, että lasten kokonaisverkoston koko oli likimain lähes merkitsevästi ( $p<0.1$ ) yhteydessä myös lasten somaattiseen oireiluun. Lasten kokonaisverkoston koolla ei todettu olevan tilastollista yhteyttä lasten käyttäytymishäiriöiden kokonaisoireulottuvuuteen eikä käyttäytymisen häiriöitä kuvaaviin yksittäisiin oireulottuvuuksiin (aggressiiviseen käytökseen tai sääntöjä rikkovaan käytökseen), eikä kognitiivis-sosiaalisiin yksittäisiin oireulottuvuuksiin (ajattelun häiriöihin, tarkkaavaisuuden vaikeuksiin tai sosiaalisiin vaikeuksiin) (kaikki  $p>0.19$ .)

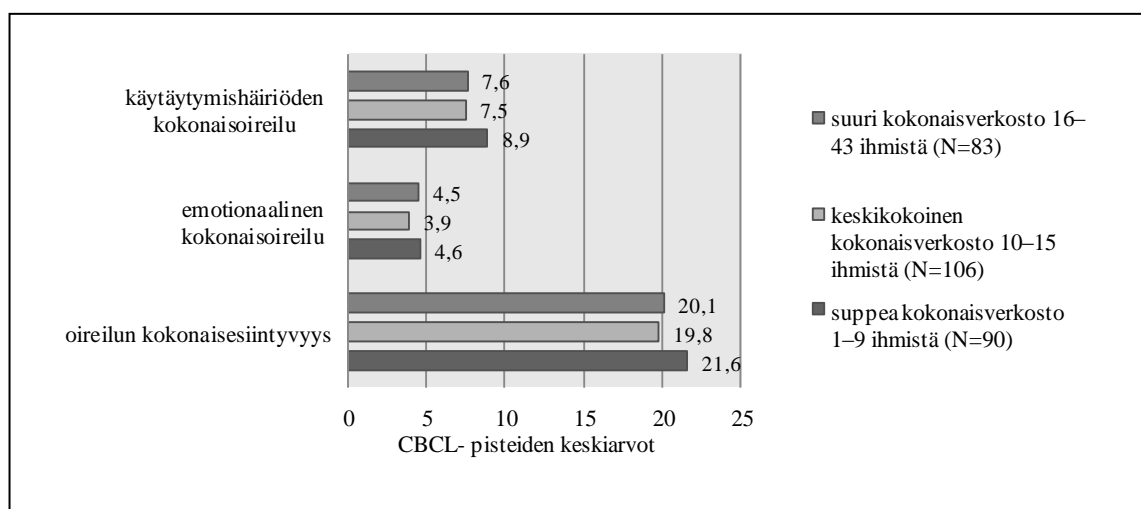
Lapset olivat eniten vetäytyviä sosiaalisesta vuorovaikutuksesta silloin, kun heidän kokonaisverkostonsa oli suppea. Lasten kokonaisverkoston ollessa suuri tai keskikokoinen, heidän sosiaalisesta vuorovaikutuksesta vetäytymisensä väheni lähes yhtä paljon. Vähiten lapset vetäytyivät sosiaalisista vuorovaikutuksesta kuitenkin silloin, kun heidän kokonaisverkostonsa oli keskikokoinen. Lapsilla oli puolestaan eniten somaattista oireilua silloin, kun heidän kokonaisverkostonsa oli suuri. Lasten kokonaisverkosto ollessa keskikokoinen tai suppea, lasten somaattinen oireilu väheni yhtä paljon.

CBCL-oirepisteiden kesikarvoissa ei näyttänyt olevan selkeää säännönmukaisuutta eri oireulottuvuuksien suhteen kokonaisverkoston kokoa kuvaavissa verkostoluokissa. Ei voida siis sanoa, mikä kokonaisverkoston kokoa kuvaava luokka olisi mahdollisesti lasten hyvinvoinnin kannalta suotuisin tai mikä mahdollisesti epäsuotuisin. Lasten oireilun kokonaisesiintyvyyttä kuvaavan oireulottuvuuden perusteella, voidaan kuitenkin havaita, että lapset voivat huonoiten silloin, kun heidän kokonaisverkostonsa oli suppea. Parhaiten lapset näyttivät voivan puolestaan silloin, kun heidän kokonaisverkostonsa oli keskikokoinen. Kokonaisverkoston koko ei ollut yhteydessä lasten oireilun kokonaisesiintyvyyteen, mutta se voi antaa suuntaa siihen millä tavoin lasten kokonaisverkoston koko vaikuttaa mahdollisesti lasten oireiluun esiintyvyyteen kokonaisuutena. ( $p=0.70$ ).



- $p < 0.1$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti likimain lähes merkitsevä ero
- \*  $p < 0.05$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti lähes merkitsevä ero
- \*\*  $p < 0.01$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti merkitsevä ero
- \*\*\*  $p < 0.001$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti erittäin merkitsevä ero

**Kuvio 2. Lasten vanhempien (N= 279) täyttämien CBCL arviointien perusteella lasketut yksittäisten oireulottuvuuksien summapistemäärien keskiarvot lasten kokonaisverkonon kokoa kuvaavissa verkostoluokissa**



- $p < 0.1$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti likimain lähes merkitsevä ero
- \*  $p < 0.05$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti lähes merkitsevä ero
- \*\*  $p < 0.01$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti merkitsevä ero
- \*\*\*  $p < 0.001$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti erittäin merkitsevä ero

**Kuvio 3. Lasten vanhempien (N= 279) täyttämien CBCL arviointien perusteella lasketut lasten käyttäytymishäiriöiden kokonaisoireilua, emotionaalista kokonaisoireilua ja lasten oireilun kokonaisesiintyvyyttä kuvaavien CBCL-summapistemäärien keskiarvot lasten kokonaisverkonon kokoa kuvaavissa verkostoluokissa.**

## 6.2 Perheverkoston ja ydinverkoston ihmissuhteiden määrän yhteys lasten hyvinvointiin

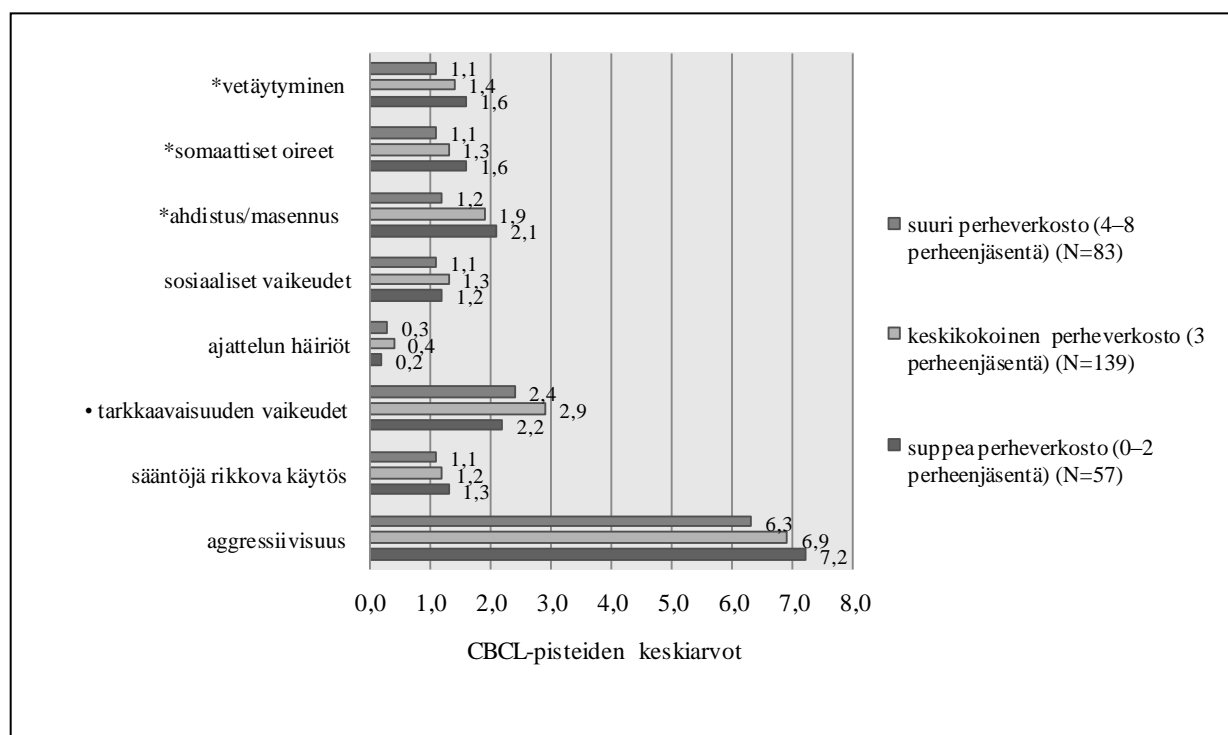
Lasten perheverkostossa olivat mukana kaikki lasten sosiaaliseen verkostoonsa mainitsevat perheenjäsenet mukaan luettuna myös lasten mahdolliset äitipuoli ja isäpuoli. Lapset mainitsivat perheverkostoonsa keskimäärin noin kolme perheenjäsentä, jotka olivat usein äiti, isä ja yksi sisarus. Perheverkoston koko vaihteli tutkittavien lasten keskuudessa 0–8 perheenjäsenen välillä. Lapset mainitsivat suppeaan perheverkostoonsa 0–2 perheenjäsentä (N=57), keskikokoiseen perheverkostoonsa kolme perheenjäsentä (N=139) ja suureen perheverkostoonsa 4–8 perheenjäsentä (N=83). Liitteenä oleva taulukko 4 ja s.41 ja 42 olevat kuviot 4 & 5 esittävät lasten vanhempien arvion perusteella laskettuja keskimääräisiä CBCL–summapistemääriä lasten perheverkoston kokoa kuvaavissa luokissa.

Lasten perheverkoston koko oli merkitsevästi yhteydessä lasten emotionaalisen oireilun kokonaisoireulottuvuuteen ( $\chi^2(2)=9.707$ ,  $p=0.008$ ) ja lähes merkitsevästi yhteydessä kaikkiin emotionaalista oireilua kuvaaviin yksittäisiin oireulottuvuuksiin eli lasten vetäytymiseen ( $\chi^2(2)=8.001$ ,  $p=0.02$ ), somaattisiin oireisiin ( $\chi^2(2)=5.849$ ,  $p=0.05$ ) ja ahdistuneisuuteen/masentuneisuuteen ( $\chi^2(2)=6.976$ ,  $p=0.03$ ). Lapsilla oli eniten emotionaalista oireilua (emotionaalisella kokonaisoireulottuvuudella sekä melkein kaikilla emotionaalista oireilua kuvaavilla yksittäisillä oireulottuvuuksilla; vetäytyminen ja somaattinen oireilu) silloin, kun heidän perheverkostonsa oli suppea. Eniten lasten emotionaalinen oireilu väheni edellä mainituilla oireulottuvuuksilla, heidän perheverkostonsa ollessa suuri. Lasten ahdistuneisuus/masentuneisuus lisääntyi lähes yhtä paljon heidän perheverkostonsa ollessa keskikokoinen tai suppea ja väheni jonkin verran heidän perheverkostonsa ollessa suuri.

Lasten sosiaalisen verkoston perheenjäsenten määrä oli tilastollisesti lähes merkitsevästi yhteydessä myös lasten oireilun kokonaisesiintyvyyteen ( $\chi^2(2)=7.248$ ,  $p=0.03$ ). Lasten oireilun kokonaisesiintyvyys väheni eniten silloin, kun heidän perheverkostonsa oli suuri. Perheverkoston ollessa keskikokoinen tai suppea, lasten oireilun kokonaisesiintyvyys lisääntyi molemmissa tapauksissa lähes yhtä paljon. Eniten lasten oireilun kokonaisesiintyvyys lisääntyi kuitenkin silloin, kun heidän perheverkostonsa oli suppea.

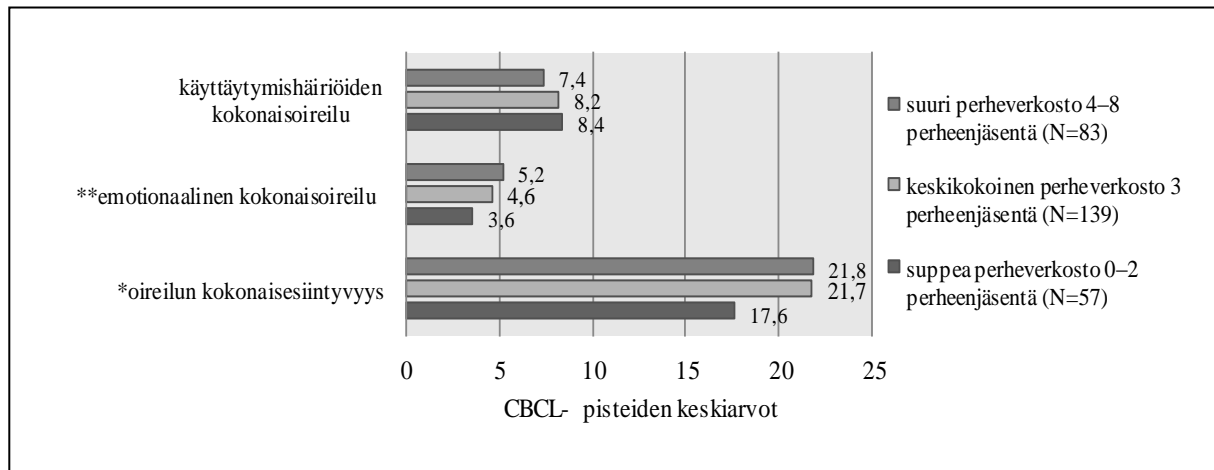
Lasten perheverkoston koko ei ollut yhteydessä lasten käyttäytymishäiriöiden kokonaisoireulottuvuuteen tai käyttäytymishäiriöitä kuvaaviin yksittäisiin oireulottuvuuksiin (aggressiivisuus tai sääntöjä rikkovakäytös). Tilastollista yhteyttä ei myöskään ollut muiden (paitsi tarkkaavaisuuden vaikeuksia kuvaavan) yksittäisten kognitiivis-sosiaalisten oireulottuvuuksien (ajattelun häiriöt, sosiaaliset vaikeudet) ja perheverkoston koon välillä (kaikki  $p>0.40$ .)

Tarkkaavaisuuden vaikeuksien osalta tilastollinen merkitsevyys ( $\chi^2(2)=5.779$ ,  $p=0.06$ ) oli vain hie-  
man yli tilastollisesti lähes merkitsevän rajan ( $p<0.05$ ). Voidaankin ajatella, että perheverkoston  
koko oli likimain lähes merkitsevästi ( $p<0.1$ ) yhteydessä lasten tarkkaavaisuuden vaikeuksiin.  
Lapsilla oli selvästi eniten tarkkaavaisuuden vaikeuksia silloin, kun heidän perheverkostonsa oli  
keskikokoinen. Lasten perheverkoston ollessa suuri, heidän tarkkaavaisuuden vaikeuksiensa määrä  
väheni jonkin verran. Vähiten lapsilla oli tarkkaavaisuuden vaikeuksia kuitenkin heidän perhever-  
kostonsa ollessa suppea.



- $p<0.1$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti likimain lähes merkitsevä ero
- \*  $p<0.05$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti lähes merkitsevä ero
- \*\*  $p<0.01$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti merkitsevä ero
- \*\*\*  $p<0.001$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti erittäin merkitsevä ero

**Kuvio 4. Lasten vanhempien (N= 279) täyttämien CBCL -arviointien perusteella lasketut yksittäisten oireulot-  
tuvuuksien summapistemäärien keskiarvot lasten perheverkoston kokoa kuvaavissa verkostoluokissa**



- $p < 0.1$  CBCL-oireipisteissä tilastollisesti likimain lähes merkitsevä ero
- \*  $p < 0.05$  CBCL-oireipisteissä tilastollisesti lähes merkitsevä ero
- \*\*  $p < 0.01$  CBCL-oireipisteissä tilastollisesti merkitsevä ero
- \*\*\*  $p < 0.001$  CBCL-oireipisteissä tilastollisesti erittäin merkitsevä ero

**Kuvio 5. Lasten vanhempien (N= 279) täyttämien CBCL -arviointien perusteella lasketut lasten käyttäytymishäiriöiden kokonaisoireilua, emotionaalista kokonaisoireilua ja lasten oireilun kokonaisesiintyvyyttä kuvaavien CBCL-summapistemäärien keskiarvot perheverkoston kokoa kuvaavissa verkostoluokissa.**

Keskimäärin lapset mainitsivat sosiaaliseen verkostoonsa kuuluvaksi yhden sisaruksen. Lasten sosiaalisen verkoston sisarusten määrä vaihteli tutkittavien lasten keskuudessa 0–6 sisaruksen välillä. Lapset eivät maininneet suppeaksi nimettyyn sisarusten määrää kuvaavaan verkostoonsa kuuluvaksi yhtään sisarusta (N=52). Keskikokoiseksi nimettyyn verkostoonsa he mainitsivat kuuluvaksi yhden sisaruksen (N=145) ja suureksi nimettyyn verkostoonsa he mainitsivat kuuluvaksi 2–6 sisarusta (N=82). Jaottelu suppeaan, keskikokoiseen ja suureen sisarusten määrää kuvaavaan verkostoluokkaan tehtiin tällä tavoin poikkeavasti, koska suhteellisesti niitä lapsia oli aineistossa suuri määrä, joilla ei ollut sosiaalisessa verkostossaan yhtään ainoaa sisarusta (N=52). Liitteenä oleva taulukko 5 ja sivuilla 44 olevat kuvaajat 6 & 7 esittävät lasten vanhempien CBCL-arvion perusteella laskettuja keskimääräisiä CBCL-summapistemääriä lasten sosiaalisen verkoston sisarusten määrää kuvaavissa luokissa.

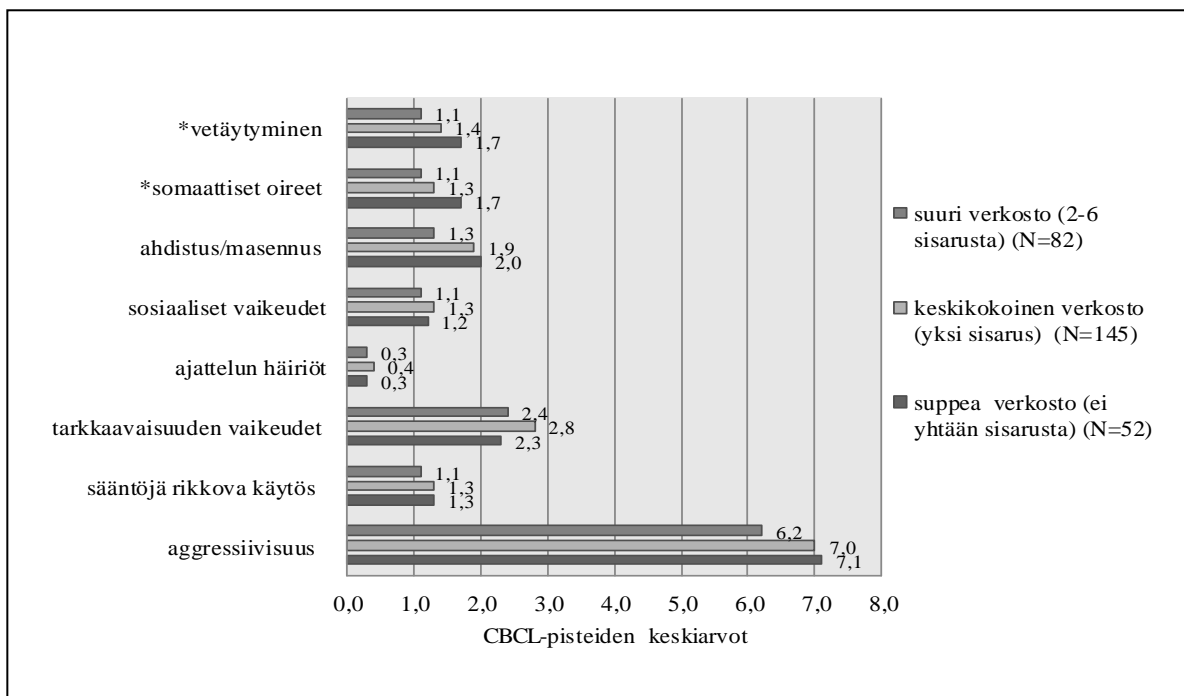
Lasten sosiaalisen verkoston sisarusten määrä oli lähes merkitsevästi yhteydessä lasten emotionaaliseen kokonaisoireulottuvuuteen ( $\chi^2(2)=8.403$ ,  $p=0.03$ ) sekä emotionaalista oireilua kuvaavista yksittäisistä oireulottuvuuksista vetäytymiseen ( $\chi^2(2)=6.579$ ,  $p=0.03$ ) ja somaattiseen oireiluun ( $\chi^2(2)=6.677$ ,  $p=0.04$ ). Niillä lapsilla, jotka olivat maininneet sosiaaliseen verkostoonsa kuuluvaksi 2–4 sisarusta, oli vähiten emotionaalista kokonaisoireilua sekä somaattista oireilua ja he olivat vähiten sosiaalisesta vuorovaikutuksesta vetäytyviä. Emotionaalinen kokonaisoireilu, sosiaalisesta vuoro-vaikutuksesta vetäytyminen ja somaattinen oireilu lisääntyivät lasten mainitessa sosiaaliseen

verkostoonsa vähemmän sisaruksia. Eniten lapsilla olikin oireilua edellä mainituilla oireulottuvuuksilla silloin, kun he eivät olleet maininneet sosiaaliseen verkostoonsa kuuluvaksi yhtään ainoaa sisarusta. Voidaankin todeta, että lasten emotionaalista hyvinvointia näytti edesauttavan se, että heillä oli sosiaalisessa verkostossaan paljon sisaruksia.

Lasten sosiaalisen verkoston sisarusten määrä oli tilastollisesti lähes merkitsevästi yhteydessä myös lasten hyvinvointia kokonaisuutena kuvaavaan lasten oireilun kokonaisesiintyvyyteen ( $\chi^2(2)=6.821$ ,  $p=0.03$ ). Lapset, jotka olivat maininneet sosiaaliseen verkostoonsa kuuluvaksi 2–6 sisarusta, oireilivat selvästi vähiten. Lasten oireilun kokonaisesiintyvyys lisääntyi lasten mainitessa sosiaaliseen verkostoonsa vähemmän sisaruksia. Eniten lapsilla oli oireilua oireilun kokonaisesiintyvyyttä kuvaavalla oireulottuvuudella myös silloin, kun he eivät olleet maininneet sosiaaliseen verkostoonsa kuuluvaksi yhtään ainoaa sisarusta.

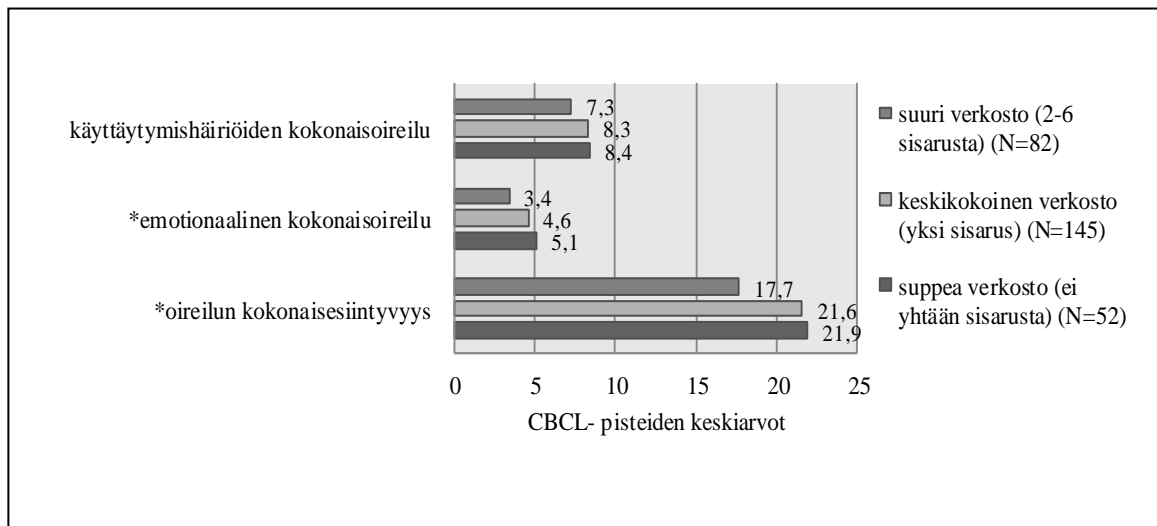
Sisarusten määrä ei ollut yhteydessä lasten emotionaalisen oireilun osalta ahdistuneisuuteen/masentuneisuuteen eikä käyttäytymishäiriöiden kokonaisoireulottuvuuteen tai käyttäytymishäiriöitä kuvaaviin yksittäisiin oireulottuvuuksiin (sääntöjä rikkovan käytökseen tai aggressiivisuuteen) (kaikki  $p>0.11$ ). Lasten sosiaalisen verkoston sisarusten määrä ei ollut tilastollisesti yhteydessä myöskään yksittäisiin kognitiivis-sosiaalisiin oireulottuvuuksiin (ajattelun häiriöt, sosiaalisiin vaikeudet tai tarkkaavaisuuden vaikeudet) (kaikki  $p>0.12$ ). Lasten sosiaalisen verkoston sisarusten määrä ei ollut tilastollisesti yhteydessä tarkkaavaisuudenvaikeuksiin tai ahdistuneisuuteen/masentuneisuuteen kuten perheverkoston koko oli, vaikka tämä olisikin ollut oletettavaa näiden kahden sosiaalisen verkoston rakenteen samankaltaisuuden vuoksi.





- $p < 0.1$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti likimain lähes merkitsevä ero
- \*  $p < 0.05$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti lähes merkitsevä ero
- \*\*  $p < 0.01$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti merkitsevä ero
- \*\*\*  $p < 0.001$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti erittäin merkitsevä ero

**Kuvio 6. Lasten vanhempien (N= 279) täyttämien CBCL -arviointien perusteella lasketut yksittäisten oire-  
ulottuvuuksien summapistemäärien keskiarvot sisarusten määrää kuvaavissa verkostoluokissa**



- $p < 0.1$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti likimain lähes merkitsevä ero
- \*  $p < 0.05$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti lähes merkitsevä ero
- \*\*  $p < 0.01$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti merkitsevä ero
- \*\*\*  $p < 0.001$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti erittäin merkitsevä ero

**Kuvio 7. Lasten vanhempien (N= 279) täyttämien CBCL arviointien perusteella lasketut lasten käyttäytymis-  
häiriöiden kokonaisscoreilua, emotionaalista kokonaisscoreilua ja lasten oireilun kokonaisesiintyvyyttä kuvaavien  
CBCL-summapistemäärien keskiarvot sisarusten määrää kuvaavissa verkostoluokissa.**

Kuten edellä on todettu, lasten ydinverkoston koko määräytyi lasten maalitauludiagrammaan itseään lähimmälle kehälle sijoittamien lapsille kaikista tärkeimpien sosiaalisten suhteiden määrän mukaan. Lähimmällä kehällä olivat Kahnin ja Antonuccin (1980, 272–277) sosiaalisen saattueenmallin mukaisesti ne sosiaaliset suhteet, joita voi myös Bowlbyn (1969,1979,1980) kiintymyssuhdeteorian pohjalta pitää kiintymyssuhteisiin verrattavina, ja joiden menettämisen voitiin katsoa tuottavan ihmiselle suurta surua. Lapset nimesivät ydinverkostoonsa kuuluvaksi keskimäärin noin viisi erittäin tärkeää ihmistä. Lasten ydinverkoston koko vaihteli tutkittavien lasten keskuudessa 0–10 ihmisen välillä. Lapset mainitsivat suppeaksi nimettyyn ydinverkostoonsa kuuluvaksi 0–3 ihmistä. (N=63), keskikokoiseksi nimettyyn ydinverkostoonsa kuuluvaksi 4–5 ihmistä (N= 117) ja suureksi nimettyyn ydinverkostoonsa kuuluvaksi 6–10 ihmistä (N=99).

Kuten liitteenä olevasta taulukosta 6 sekä s. 46 & 47 olevista kuviosta 8 ja 9 on nähtävillä, lasten ydinverkoston koko oli lähes merkitsevästi yhteydessä lasten käyttäytymishäiriöiden kokonaismoireulottuvuuteen ( $\chi^2(2)=7.143$ ,  $p=0.03$ ) ja lasten käyttäytymishäiriöitä kuvaaviin yksittäisiin oireulottuvuuksiin eli lasten aggressiiviseen ( $\chi^2(2)=6.374$ ,  $p=0.04$ ) ja sääntöjä rikkovaan käyttäytymiseen ( $\chi^2(2)=5.917$ ,  $p=0.05$ ). Huomioitavaa on, että muilla lasten sosiaalisen verkoston ominaispiirteillä ei ollut yhteyttä lasten käyttäytymishäiriöiden kokonaismoireulottuvuuteen tai aggressiiviseen käytökseen. Lisäksi lasten ydinverkoston koko oli lähes merkitsevästi yhteydessä lasten emotionaalisen oireilun yksittäisten oireulottuvuuksien osalta lasten vetäytymiseen ( $\chi^2(2)=6.579$ ,  $p=0.04$ ) ja ahdistuneisuuteen/masentuneisuuteen ( $\chi^2(2)=6.310$ ,  $p=0.04$ ).

Ne lapset olivat eniten ahdistuneita/masentuneita ja vetäytyviä sosiaalisesta vuorovaikutuksesta, joiden ydinverkosto oli kooltaan suppea. Lasten ahdistuneisuus/masentuneisuus ja sosiaalisesta vuorovaikutuksesta vetäytyminen vähenivät sitä mukaan, mitä enemmän lapset olivat maininneet ydinverkostoonsa ihmissuhteita.

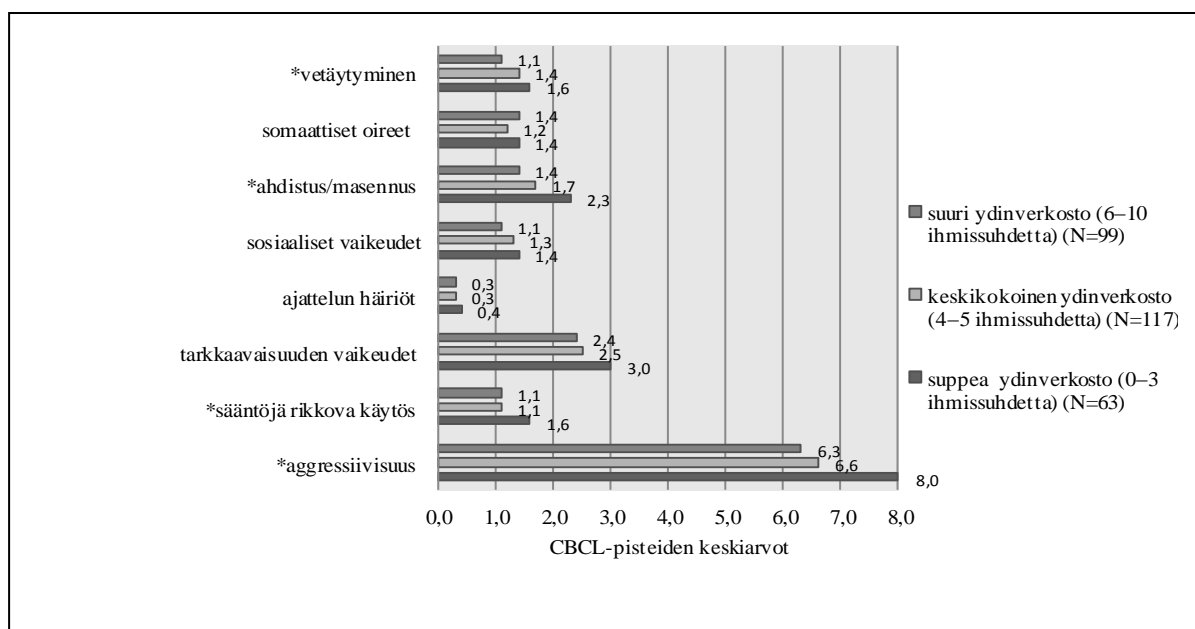
Lapsilla, joiden ydinverkosto oli kooltaan suppea, oli havaittavissa eniten myös käyttäytymishäiriöitä sekä käyttäytymishäiriöiden kokonaismoireulottuvuudella että käyttäytymishäiriöitä kuvaavilla yksittäisillä oireulottuvuuksilla (aggressiivinen käytös ja sääntöjä rikkova käytös). Lasten ydinverkosto ollessa keskikokoinen tai suuri, heidän käyttäytymishäiriöidensä määrä väheni kaikilla edellä mainituilla oireulottuvuuksilla lähes yhtä paljon.

Lasten ydinverkoston koko ei ollut yhteydessä lasten vanhempien CBCL-arvioiden perusteella lasten emotionaaliseen kokonaismoireulottuvuuteen ( $p=0.17$ ). Tilastollista yhteyttä lasten ydinverkoston koon ja lasten hyvinvointia kuvaavien oireulottuvuuksien välillä ei myöskään havaittu lasten

somaattisen oireilun, tai kognitiivis-sosiaalisten oireulottuvuuksien (sosiaalisten vaikeuksien, ajattelun häiriöiden, tarkkavaisuuden vaikeuksien) osalta (kaikki  $p > 0.17$ ).

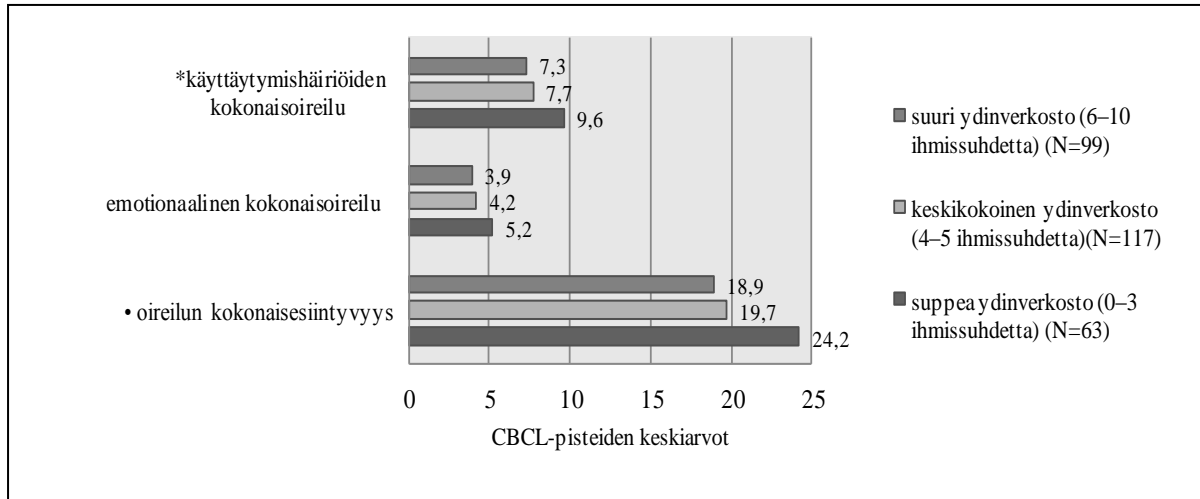
Lasten oireilun kokonaisesiintyvyyden tilastollinen merkitsevyys ( $\chi^2(2)=5.461$ ,  $p=0.07$ ) oli vain hieman yli tilastollisen lähes merkitsevän rajan ( $p < 0.05$ ). Voidaan siis ajatella, että ydinverkoston ihmissuhteiden määrä oli likimain lähes merkitsevästi ( $p < 0.1$ ) yhteydessä lasten hyvinvointia kokonaisuutena kuvaavaan oireilun kokonaisesiintyvyyteen. Niillä lapsilla, joiden ydinverkosto oli kooltaan suppea, oli eniten oireilua lasten oireilun kokonaisesiintyvyyttä kuvaavalla oireulottuvuudella. Lasten ydinverkoston ollessa suuri tai keskikokoinen lasten oireilun kokonaisesiintyvyys väheni lähes yhtä paljon. Voidaankin todeta, että lasten hyvinvointi lisääntyi, silloin, kun heidän ydinverkostonsa oli vähintään keskikokoinen. Parhaiten lapset voivat kuitenkin heidän ydinverkostonsa ollessa suuri.

Huomattavaa on, että kaikkien muiden sosiaalisen verkostomuuttujien tavoin, lasten ydinverkoston koko ei ollut yhteydessä lasten somaattiseen oireiluun. Lisäksi ydinverkoston koko näytti olevan yhteydessä emotionaalisen oireilun lisäksi myös lasten käyttäytymishäiriöihin. Lasten sosiaalisen verkoston rakenteellisena ominaispiirteenä ydinverkostolla voitaisiinkin ajatella olevan merkitystä emotionaalisen oireilun lisäksi lasten käyttäytymisen tasolla havaittavaan itsestä ulospäin suuntautuvaan (eksternaaliseen) oireiluun.



- $p < 0.1$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti likimain lähes merkitsevä ero
- \*  $p < 0.05$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti lähes merkitsevä ero
- \*\*  $p < 0.01$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti merkitsevä ero
- \*\*\*  $p < 0.001$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti erittäin merkitsevä ero

**Kuvio 8. Lasten vanhempien (N= 279) täyttämien CBCL -arviointien perusteella lasketut yksittäisten oireulottuvuuksien summapistemäärien keskiarvot lasten ydinverkoston kokoa kuvaavissa verkostoluokissa.**



- $p < 0.1$  CBCL-oreipisteissä tilastollisesti likimain lähes merkitsevä ero
- \*  $p < 0.05$  CBCL-oreipisteissä tilastollisesti lähes merkitsevä ero
- \*\*  $p < 0.01$  CBCL-oreipisteissä tilastollisesti merkitsevä ero
- \*\*\*  $p < 0.001$  CBCL-oreipisteissä tilastollisesti erittäin merkitsevä ero

**Kuvio 9. Lasten vanhempien (N= 279) täyttämien CBCL-arviointien perusteella lasketut lasten käyttäytymishäiriöiden kokonaisoireilua, emotionaalista kokonaisoireilua ja lasten oireilun kokonaisesiintyvyyttä kuvaavien CBCL-summapistemäärien keskiarvot ydinverkon kokoja kuvaavissa verkostoluokissa.**

### 6.3 Perheen ulkopuolisten sosiaalisten suhteiden määrän yhteys lasten hyvinvointiin

Lapset mainitsivat perheen ulkopuoliseen verkostoonsa kuuluvaksi keskimäärin noin 10 ihmistä. Perheen ulkopuolisen verkoston koko vaihteli tutkittavien lasten keskuudessa 0–39 ihmisen välillä. Lapset mainitsivat suppeaksi nimettyyn perheen ulkopuoliseen verkostoonsa kuuluvaksi 0–6 ihmistä (N=89), keskikokoiseksi nimettyyn perheen ulkopuoliseen verkostoonsa kuuluvaksi 7–11 ihmistä (N=98) ja suureksi nimettyyn perheen ulkopuoliseen verkostoonsa kuuluvaksi 12–39 ihmistä (N=92). Liitteenä oleva taulukko 7 ja sivuilla 49 olevat kuviot 10 & 11 esittävät lasten vanhempien CBCL-arvion perusteella laskettuja keskimääräisiä CBCL-summapistemääriä lasten perheen ulkopuolisen verkoston kokoa kuvaavissa luokissa.

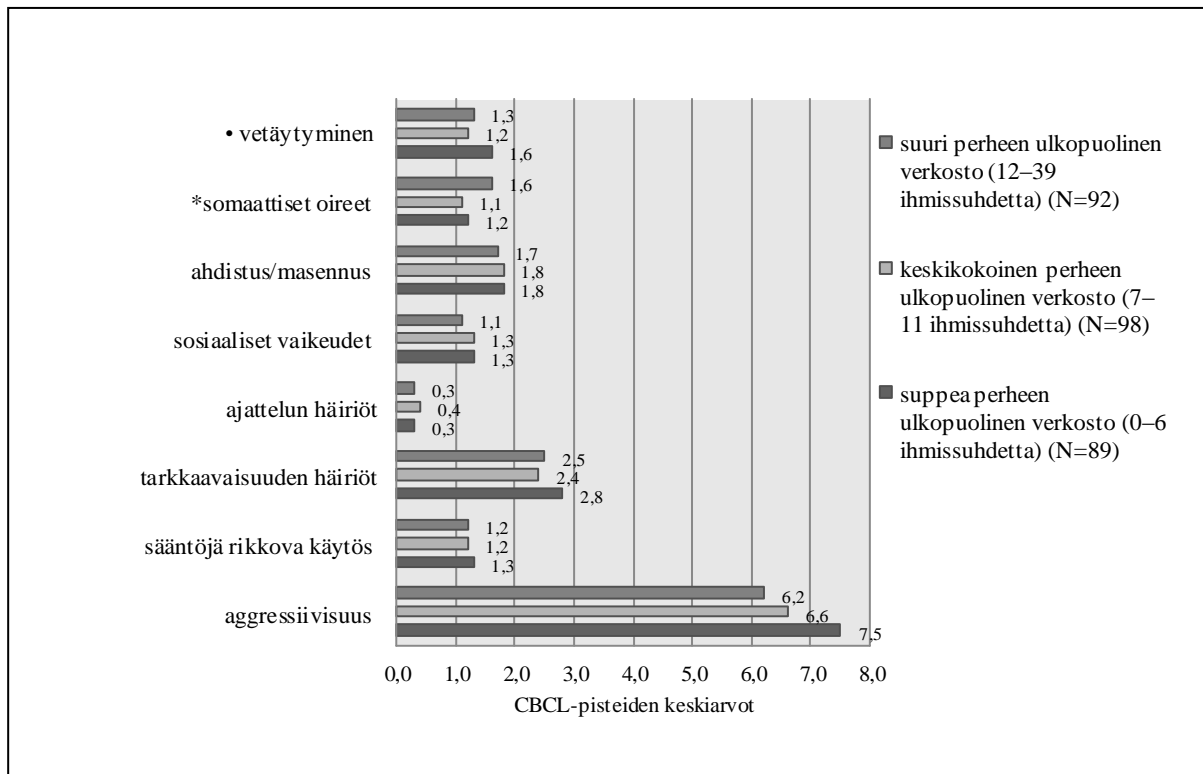
Lasten perheen ulkopuolinen verkosto oli lähes merkitsevästi yhteydessä ainoastaan lasten somaattiseen oireiluun ( $\chi^2(2)=8.714$ ,  $p=0.02$ ). Lasten perheen ulkopuolisen verkoston koko ei näin ollen ollut yhteydessä lasten ahdistuneisuuteen/masentuneisuuteen ( $p=0.76$ ) eikä emotionaaliseen kokonaisoireulottuvuuteen ( $p=0.15$ ). Lasten perheen ulkopuolisen verkoston koolla ei ollut myöskään tilastollista yhteyttä lasten käyttäytymisen häiriöiden kokonaisoireulottuvuuteen tai käyttäytymisen häiriöitä kuvaaviin yksittäisiin oireulottuvuuksiin (sääntöjä rikkova- ja aggressiivinen käytös) (kaikki  $p>0.15$ ). Tilastollista yhteyttä perheen ulkopuolisen verkoston koon ja lasten oireilun välillä

ei myöskään havaittu yksittäisten kognitiivis-sosiaalisten oireulottuvuuksien (sosiaalisten vaikeuksien, ajattelun häiriöiden tai tarkkaavaisuuden häiriöiden) osalta (kaikki  $p > 0.26$ ).

Lapset oireilivat somaattisesti eniten silloin, kun heidän perheen ulkopuolinen verkostonsa oli suuri. Perheen ulkopuolisen verkoston ollessa keskikokoinen tai suppea lasten somaattinen oireilu väheni lähes yhtä paljon kummassakin tapauksessa. Vähiten somaattista oireilua oli lapsilla kuitenkin silloin, kun heidän perheen ulkopuolinen verkostonsa oli keskikokoinen.

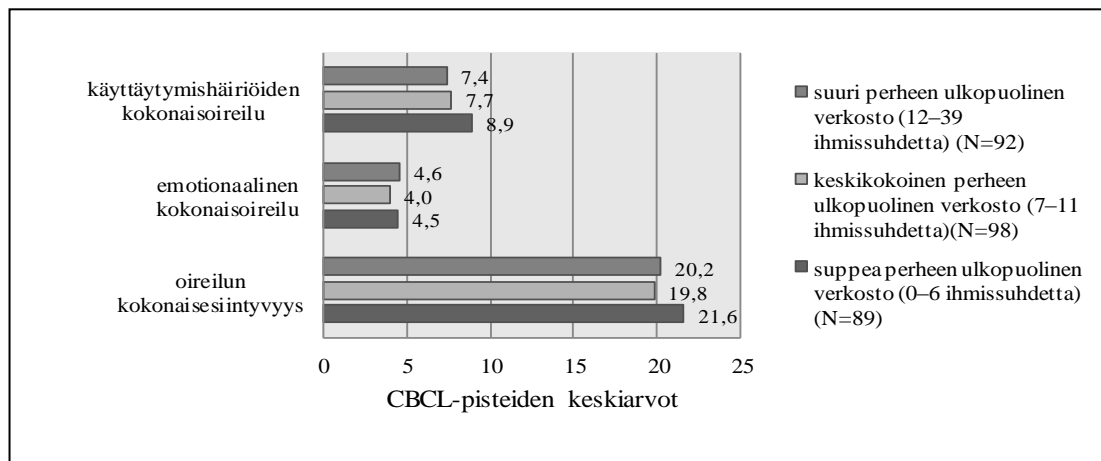
Lasten sosiaalisesta vuorovaikutuksesta vetäytymisen osalta tilastollinen merkitsevyys ( $\chi^2(2)=5.178$ ,  $p=0.08$ ) oli vain hieman yli tilastollisen lähes merkitsevän rajan ( $p < 0.05$ ). Näin ollen voidaan ajatella, että perheen ulkopuolisen verkoston koko oli likimain lähes merkitsevästi ( $p < 0.1$ ) yhteydessä lasten sosiaalisesta vuorovaikutuksesta vetäytymiseen. Lapset olivat eniten vetäytyviä silloin, kun heidän perheen ulkopuolinen verkostonsa oli suppea. Perheen ulkopuolisen verkoston ollessa keskikokoinen tai suuri, lasten vetäytyminen väheni lähes yhtä paljon. Eniten lasten vetäytyminen väheni kuitenkin silloin, kun heidän perheen ulkopuolinen verkostonsa oli keskikokoinen.

CBCL-pisteiden keskiarvoissa ei näyttänyt olevan selkeää säännönmukaisuutta eri oireulottuvuuksien suhteen perheen ulkopuolisen verkoston kokoa kuvaavissa luokissa. Näin ollen ei voida yksiselitteisesti sanoa, mikä perheen ulkopuolisen verkoston kokoa kuvaava verkostoluokka olisi mahdollisesti lasten hyvinvoinnin kannalta suotuisin tai mikä huonoin. Lasten hyvinvointia kokonaisuutena kuvaavan lasten oireilun kokonaisesiintyvyyden perusteella voidaan kuitenkin havaita, että perheen ulkopuolisen verkoston ollessa suppea, lapset oireilivat eniten. Silloin kun perheen ulkopuolinen verkosto oli keskikokoinen tai suuri, lasten oireilun kokonaisesiintyvyys väheni lähes yhtä paljon. Parhaiten lapset voivat kuitenkin silloin, kun heidän perheen ulkopuolinen verkostonsa oli keskikokoinen. Perheen ulkopuolisen verkoston koko ei ollut yhteydessä lasten oireilun kokonaisesiintyvyyteen ( $p=0.70$ ), mutta oireilun kokonaisesiintyvyys voi antaa suuntaa millä tavoin lasten perheen ulkopuolisen verkoston koko vaikuttaa mahdollisesti lasten oireilun esiintyvyyteen kokonaisuutena.



- $p < 0.1$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti likimain lähes merkitsevä ero
- \*  $p < 0.05$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti lähes merkitsevä ero
- \*\*  $p < 0.01$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti merkitsevä ero
- \*\*\*  $p < 0.001$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti erittäin merkitsevä ero

**Kuvio 10. Lasten vanhempien (N= 279) täyttämien CBCL-arviointien perusteella lasketut yksittäisten oireulottuuksien summapistemäärien keskiarvot perheen ulkopuolisen verkoston kokoa kuvaavissa verkostoluokissa.**



- $p < 0.1$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti likimain lähes merkitsevä ero
- \*  $p < 0.05$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti lähes merkitsevä ero
- \*\*  $p < 0.01$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti merkitsevä ero
- \*\*\*  $p < 0.001$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti erittäin merkitsevä ero

**Kuvio 11. Lasten vanhempien (N= 279) täyttämien CBCL-arviointien perusteella lasketut lasten käyttäytymishäiriöiden kokonaisoireilua, emotionaalista kokonaisoireilua ja lasten oireilun kokonaisesiintyvyyttä kuvaavien CBCL-summapistemäärien keskiarvot lasten perheen ulkopuolisen verkoston kokoa kuvaavissa verkostoluokissa**

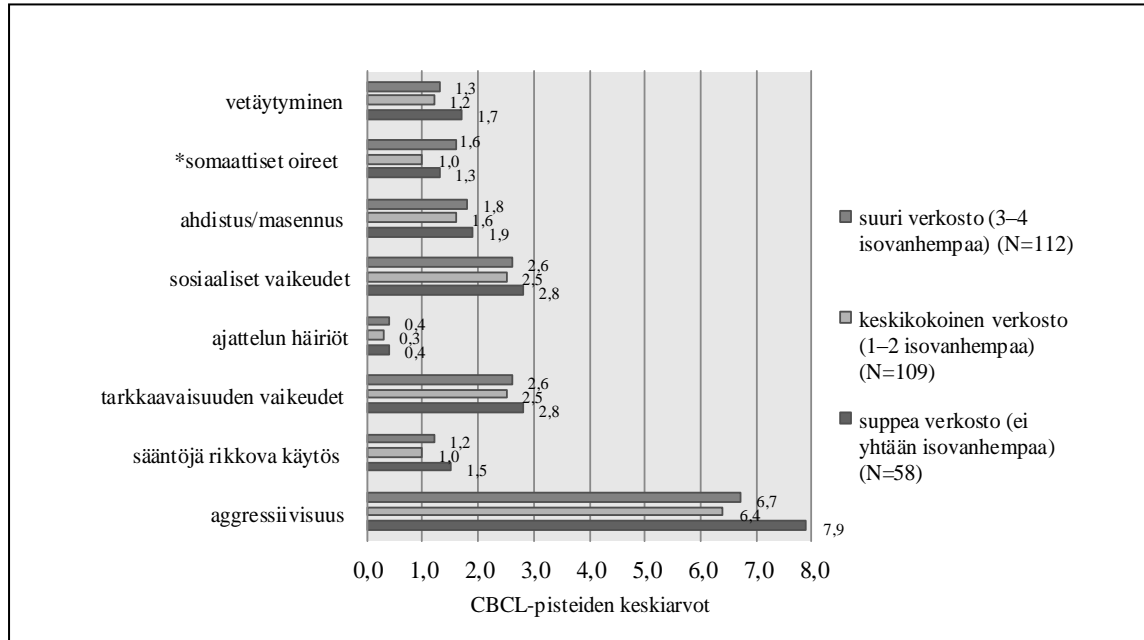
Lapset nimesivät perheen ulkopuoliseen verkostoonsa kuuluvaksi keskimäärin noin kaksi isovanhempaa. Lasten sosiaalisen verkoston isovanhempien määrä vaihteli tutkittavien lasten keskuudessa 0–4 isovanhemman välillä. Lasten suppeaan verkostoon ei kuulunut yhtään isovanhempaa (N=58), keskikokoiseen verkostoon kuului 1–2 isovanhempaa (N=109) ja suureen verkostoon kuului 3–4 isovanhempaa (N=112). Isovanhempien määrää kuvaavat muuttuja jaoteltiin tällä tavoin poikkeavasti, sillä suhteellisesti aineistossa oli niitä lapsia suuri määrä, jotka eivät olleet maininneet sosiaaliseen verkostoonsa yhtään isovanhempaa. (N=58). Liitteenä oleva taulukko 8 ja s.51 olevat kuviot 12 & 13 esittävät lasten vanhempien CBCL-arvion perusteella laskettuja keskimääräisiä CBCL–summapistemääriä lasten sosiaalisen verkoston isovanhempien määrää kuvaavissa luokissa.

Lasten sosiaalisen verkoston isovanhempien määrä oli lähes merkitsevästi yhteydessä ainoastaan lasten somaattiseen oireiluun ( $\chi^2(2)=6.487$ ,  $p=0.04$ ). Tämä on sikäli yllättävää, että isovanhemmilla voisi ajatella olevan suurempi merkitys lasten hyvinvoinnin kannalta. Somaattista oireilua lapsilla oli selkeästi eniten silloin, kun he olivat maininneet sosiaaliseen verkostoonsa kuuluvaksi 3–4 isovanhempaa. Somaattinen oireilu väheni lähes yhtä paljon silloin, kun lapset olivat maininneet 1–2 isovanhempaa, ja silloin kun he eivät olleet maininneet yhtään isovanhempaa kuuluvaksi sosiaaliseen verkostoonsa. Vähiten somaattista oireilua oli lapsilla kuitenkin heidän mainitessa sosiaaliseen verkostoonsa kuuluvaksi 1–2 isovanhempaa.

Tarkasteltaessa CBCL-oireipisteiden jakautumista isovanhempien määrää kuvaavissa sosiaalisen verkoston luokissa käy ilmi, että kaikkien oireulottuvuuksien suhteen lapset saivat matalimmat CBCL-oireipisteet mainitessaan sosiaaliseen verkostoonsa 1–2 isovanhempaa. Näin ollen keskikokoinen 1–2 isovanhempaa käsittävä sosiaalinen verkosto näyttäisi olevan lasten hyvinvoinnin kannalta suotuisin. Lapset oireilivat lähes yhä paljon silloin, kun he olivat maininneet sosiaaliseen verkostoonsa 3–4 isovanhempaan ja silloin, kun he eivät olleet maininneet sosiaaliseen verkostoonsa yhtään isovanhempaa. Useimmilla oireulottuvuuksilla lapset voivat kuitenkin huonoiten silloin, kun heidän sosiaalisessa verkostossaan ei ollut yhtään isovanhempaa.

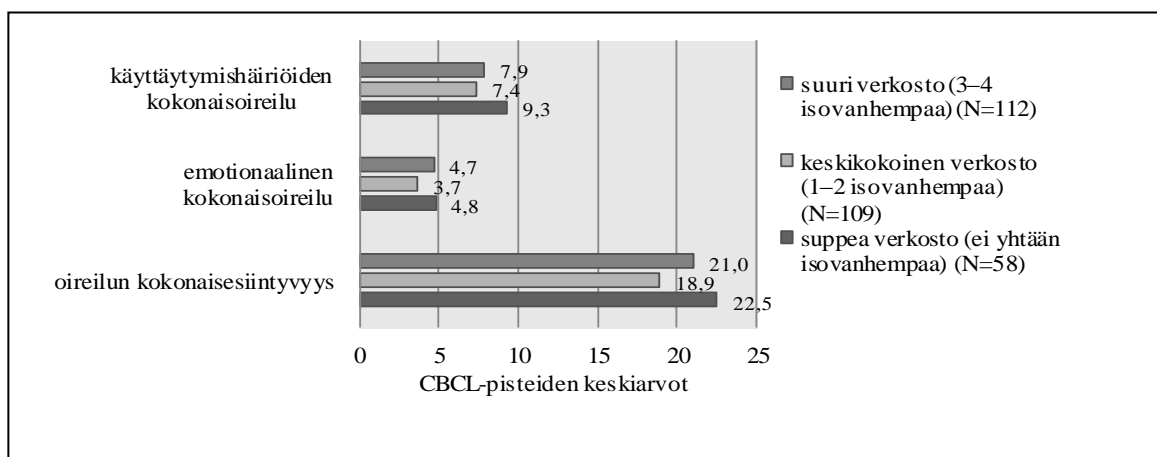
Tutkimustulokset olivat sikäli odottamattomia, että lasten sosiaalisen verkoston isovanhempien määrä oli odotusteni vastaisesti yhteydessä tilastollisesti lähes merkitsevästi vain lasten somaattiseen oireiluun. Myös se oli odotusteni vastaista, että lapset näyttivät voivan parhaiten kaikkien oireulottuvuuksien suhteen siinä tapauksessa, kun lasten sosiaalisessa verkostossa oli 1–2 isovanhempaa, eivätkä silloin, kun lasten sosiaalisessa verkostossa oli 3–4 isovanhempaa. Näin ollen isovanhempien suuri määrä lasten sosiaalisessa verkostossa ei ollutkaan lasten hyvinvoinnin kannalta suotuisin sosiaalisen verkoston ominaispiirre, kuten olisi voinut ennalta olettaa. Toisaalta

lapset näyttivät voivan huonoiten siinä tilanteessa, kun he eivät olleet maininneet yhtään isovanhempaa sosiaaliseen verkostoonsa. Myös liian vähäinen isovanhempien määrä lasten sosiaalisessa verkostossa näin ollen vähensi lasten hyvinvointia.



- $p < 0.1$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti likimain lähes merkitsevä ero
- \*  $p < 0.05$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti lähes merkitsevä ero
- \*\*  $p < 0.01$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti merkitsevä ero
- \*\*\*  $p < 0.001$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti erittäin merkitsevä ero

**Kuvio 12. Lasten vanhempien (N= 279) täyttämien CBCL -arviointien perusteella lasketut yksittäisten oireulottuvuuksien summapistemäärien keskiarvot lasten isovanhempien määrää kuvaavissa verkostoluokissa**



- $p < 0.1$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti likimain lähes merkitsevä ero
- \*  $p < 0.05$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti lähes merkitsevä ero
- \*\*  $p < 0.01$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti merkitsevä ero
- \*\*\*  $p < 0.001$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti erittäin merkitsevä ero

**Kuvio 13. Lasten vanhempien (N= 279) täyttämien CBCL arviointien perusteella lasketut lasten käyttäytymishäiriöiden kokonaisoireilua, emotionaalista kokonaisoireilua ja lasten oireilun kokonaisesiintyvyyttä kuvaavien CBCL-summapistemäärien keskiarvot lasten isovanhempien määrää kuvaavissa verkostoluokissa.**



Lapset mainitsivat sosiaaliseen verkostoonsa kuuluvaksi keskimäärin kuusi oman perheensä ulkopuolista lasta. Lasten sosiaalisen verkoston perheen ulkopuolisten lasten määrä vaihteli aineistossa 0–27 lapsen välillä. Suppea verkosto käsitti 0–3 lasta (N=98), keskikokoinen verkosto 4–7 lasta (N=112) ja suuri verkosto 8–27 lasta (N=69). Liitteenä oleva taulukko 9 ja s.54 olevat kuviot 14 & 15 esittävät lasten vanhempien CBCL-arvion perusteella laskettuja keskimääräisiä CBCL–summapistemääriä lasten sosiaalisen verkoston perheen ulkopuolisten lasten määrää kuvaavissa luokissa.

Perheen ulkopuolisten lasten määrä oli merkitsevästi yhteydessä lasten emotionaaliseen kokonaisuireulottuvuuteen ( $\chi^2(2)=12.09$ ,  $p=0.002$ ) ja emotionaalisen oireilun yksittäisten oireulottuvuuksien osalta lasten vetäytymiseen ( $\chi^2(2)=9.470$ ,  $p=0.009$ ) ja ahdistuneisuuteen/masentuneisuuteen ( $\chi^2(2)=9.431$ ,  $p=0.009$ ) sekä lähes merkitsevästi yhteydessä lasten somaattiseen oireiluun ( $\chi^2(2)=8.426$ ,  $p=0.02$ ). Lasten sosiaalisen verkoston perheen ulkopuolisten lasten määrä oli lähes merkitsevästi yhteydessä myös lasten käyttäytymishäiriöiden osalta sääntöjä rikkovaan käytökseen ( $\chi^2(2)=6.324$ ,  $p=0.04$ ) ja merkitsevästi yhteydessä yksittäisten kognitiivis-sosiaalisten oireulottuvuuksien osalta ajattelun häiriöihin ( $\chi^2(2)=9.411$ ,  $p=0.009$ ).

Lasten määrä perheen ulkopuolisessa verkostossa ei ollut yhteydessä lasten oireilun kokonaisu esiintyvyyteen tai käyttäytymishäiriöiden kokonaisuireulottuvuuteen. (kaikki  $p>0.20$ ). Tilastollista yhteyttä perheen ulkopuolisten lasten määrän ja lasten oireilun välillä ei myöskään havaittu kognitiivis-sosiaalisten oireulottuvuuksien (sosiaaliset vaikeudet ja tarkkaavaisuuden vaikeudet) osalta, eikä lasten käyttäytymishäiriöitä kuvaavan aggressiivisen käyttäytymisen osalta (kaikki  $p>0.30$ ).

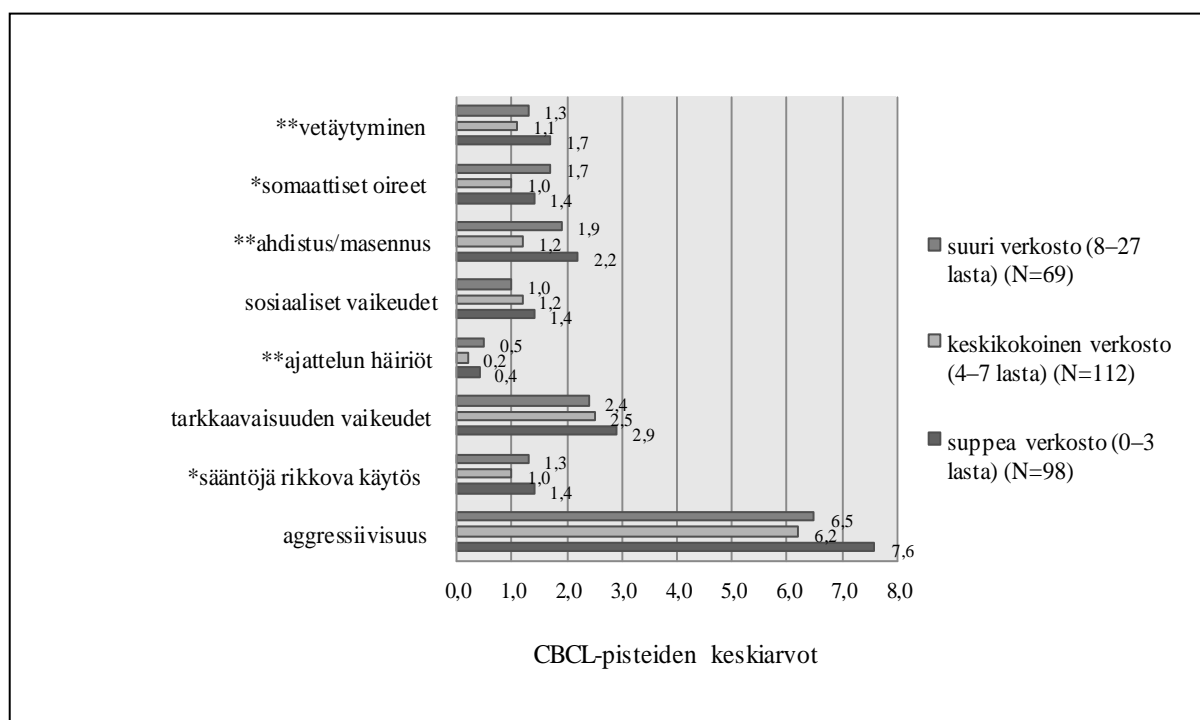
Lapset vetäytyivät sosiaalisesta vuorovaikutuksesta eniten silloin, kun perheen ulkopuolisten lasten määrä oli suppea. Lasten vetäytyminen väheni puolestaan lähes yhtä paljon perheen ulkopuolisten lasten määrän ollessa keskikokoinen tai suuri. Kuitenkin vähiten sosiaalisesta vuorovaikutuksesta vetäytyviä olivat lapset, joiden sosiaalisen verkoston perheen ulkopuolisten lasten määrä oli keskikokoinen.

Selvästi eniten somaattista oireilua lapsilla oli puolestaan silloin, kun perheen ulkopuolisten lasten määrä oli lasten sosiaalisessa verkostossa suuri. Perheen ulkopuolisten lasten määrän ollessa keskikokoinen tai suppea, lasten somaattinen oireilu väheni lähes yhtä paljon. Vähiten somaattista oireilua oli kuitenkin lapsilla silloin, kun perheen ulkopuolisten lasten määrä oli heidän sosiaalisessa verkostossaan keskikokoinen.

Lasten somaattista oireilua ja sosiaalisista suhteista vetäytymistä kuvaavien oireulottuvuuksien CBCL-pisteiden jakautuminen perheen ulkopuolisten lasten määrää kuvaavien verkostoluokkien välille on samansuuntaista kuin näillä oireulottuvuuksilla CBCL-pisteiden jakautuminen kokonaisverkoston ja perheen ulkopuolisen verkoston verkostoluokkien välille. Voidaankin todeta, että lasten sosiaalisen verkoston ominaispiirteistä kokonaisverkoston koko, perheen ulkopuolisen verkoston koko ja perheen ulkopuolisten lasten määrä olisivat samansuuntaisesti yhteydessä lasten sosiaalisista suhteista vetäytymiseen ja somaattiseen oireiluun.

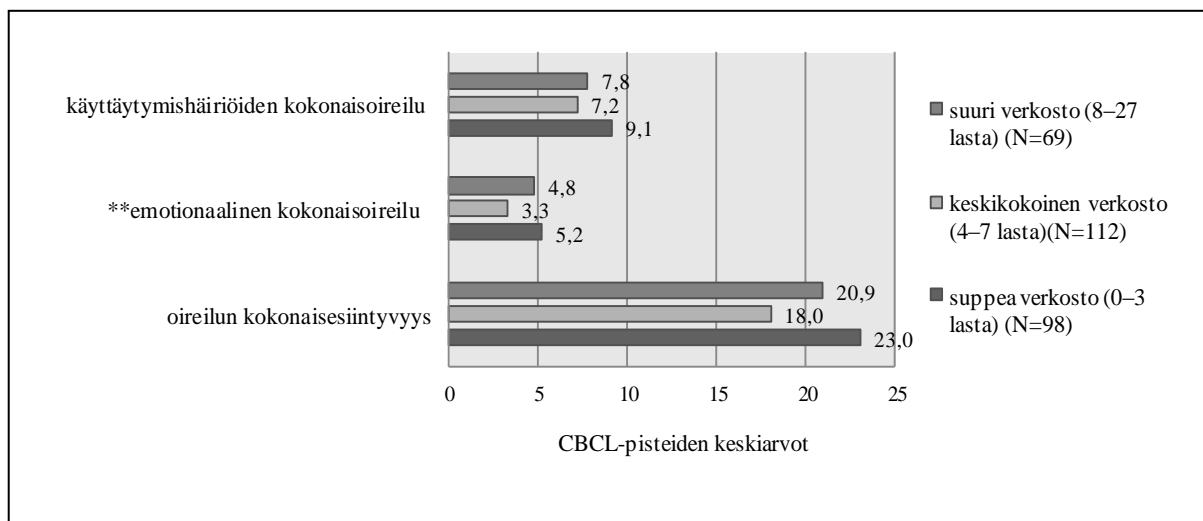
Lasten sosiaalisen verkoston perheen ulkopuolisten lasten määrän ollessa keskikokoinen, heidän ahdistuneisuutensa/masentuneisuutensa ja oireilunsa emotionaalisella kokonaisuoreulottuvuudella vähenivät eniten. Lasten ahdistuneisuus/masentuneisuus ja oireilu emotionaalisella kokonaisuoreulottuvuudella lisääntyivät lähes saman verran, perheen ulkopuolisten lasten määrän ollessa suppea tai suuri. Eniten ahdistuneita/masentuneita lapset olivat kuitenkin perheen ulkopuolisten lasten määrän ollessa suuri. Eniten emotionaalista oireilua oli lapsilla puolestaan silloin, kun heidän sosiaalisen verkostonsa perheen ulkopuolisten lasten määrä oli suppea.

Huomioitavaa on, että perheen ulkopuolisten lasten määrä oli emotionaalisen oireilun lisäksi erittäin merkitsevästi yhteydessä myös ajattelun häiriöihin ja merkitsevästi yhteydessä käyttäytymishäiriöistä sääntöjä rikkovaan käytökseen, joihin kokonaisverkoston koolla, perheverkoston koolla, sisarusten määrällä, perheen ulkopuolisen verkoston koolla tai isovanhempien määrällä ei ollut yhteyttä. Ainoastaan lasten ydinverkoston koko oli yhteydessä lasten käyttäytymishäiriöihin lähes merkitsevästi ja perheen ulkopuolisten aikuisten määrä puolestaan lasten ajattelun häiriöihin lähes merkitsevästi. Lapset oireilivat kaikilla oireulottuvuuksilla vähiten silloin, kun perheen ulkopuolisten lasten määrä oli heidän sosiaalisessa verkostossaan keskikokoinen. Perheen ulkopuolisten lasten määrän ollessa suuri tai suppea lasten oireilu lisääntyi lähes yhtä paljon (paitsi somaattisten oireiden ja vetäytymisen osalta). Voidaankin todeta, että lasten hyvinvoinnin kannalta suotuisinta mahdollisesti olisi, jos perheen ulkopuolisten lasten määrä ei olisi suppea tai suuri vaan jotakin siltä väliltä.



- $p < 0.1$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti likimain lähes merkitsevä ero
- \*  $p < 0.05$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti lähes merkitsevä ero
- \*\*  $p < 0.01$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti merkitsevä ero
- \*\*\*  $p < 0.001$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti erittäin merkitsevä ero

**Kuvio 14. Lasten vanhempien (N= 279) täyttämien CBCL-arviointien perusteella lasketut yksittäisten oireulottuuksien summapistemäärien keskiarvot perheen ulkopuolisen verkoston lasten määrää kuvaavissa verkostoluokissa.**



- $p < 0.1$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti likimain lähes merkitsevä ero
- \*  $p < 0.05$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti lähes merkitsevä ero
- \*\*  $p < 0.01$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti merkitsevä ero
- \*\*\*  $p < 0.001$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti erittäin merkitsevä ero

**Kuvio. 15 Lasten vanhempien (N= 279) täyttämien CBCL arviointien perusteella lasketut lasten käyttäytymishäiriöiden kokonaisoireilua, emotionaalista kokonaisoireilua ja lasten oireilun kokonaisesiintyvyyttä kuvaavien CBCL-summapistemäärien keskiarvot perheen ulkopuolisten lasten määrää kuvaavissa verkostoluokissa.**

Lapset nimesivät sosiaaliseen verkostoonsa kuuluvaksi keskimäärin kaksi perheen ulkopuolista aikuista. Lasten sosiaalisen verkoston perheen ulkopuolisten aikuisten määrä vaihteli tutkittavien lasten keskuudessa 0–10 aikuisen välillä. Tässä tutkimuksessa lapset eivät olleet maininneet suppeaan perheen ulkopuolisten aikuisten määrää kuvaavaan verkostoonsa kuuluvaksi yhtään ainoaa perheen ulkopuolista aikuista (N= 115). Keskikokoiseen perheen ulkopuolisten aikuisten määrää kuvaavaan verkostoonsa he olivat maininneet kuuluvaksi 1–2 aikuista (N= 80) ja suureen perheen ulkopuolisten aikuisten määrää kuvaavaan verkostoonsa he olivat maininneet kuuluvaksi 3–10 aikuista (N=84). Jaottelu suppeaan, keskikokoiseen ja suuren verkostoluokkaan tehtiin tällä tavoin poikkeavasti, sillä niitä lapsia, jotka eivät olleet maininneet yhtään perheen ulkopuolista aikuista sosiaaliseen verkostoonsa, oli suhteellisesti suuri määrä (N=115).

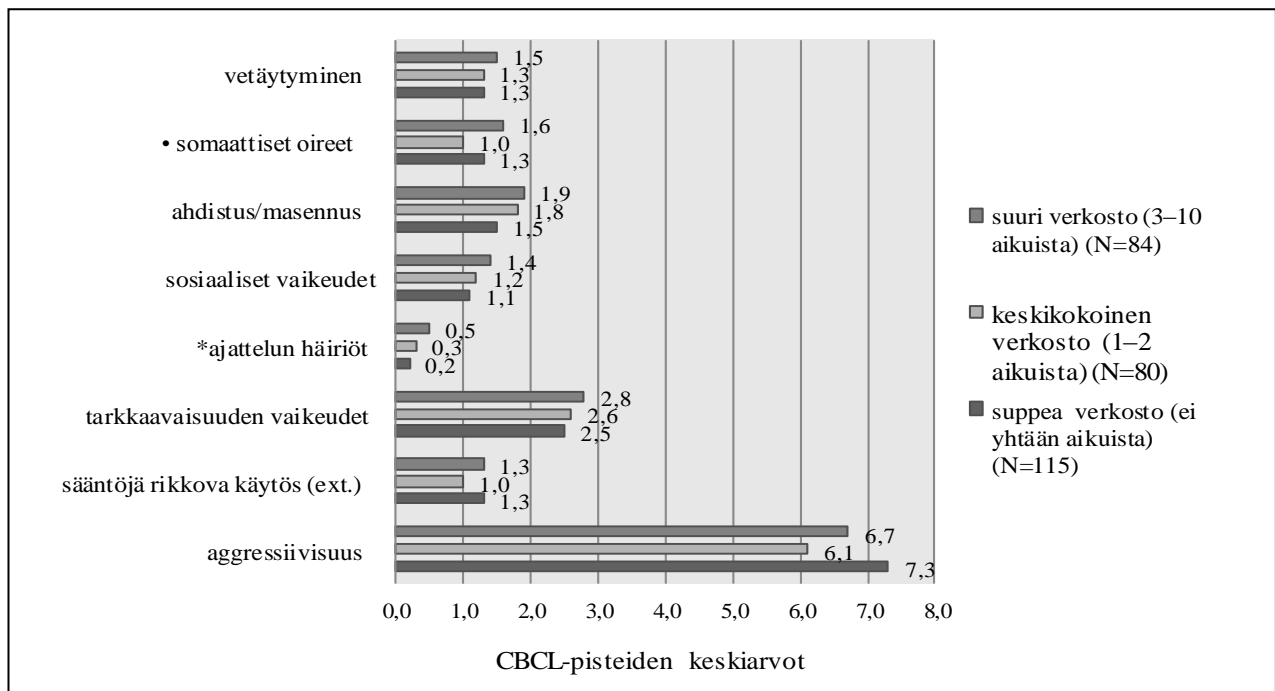
Liitteenä olevasta taulukosta (liite 10) ja s.57 olevista lasten vanhempien arvion perusteella laskettuja keskimääräisiä CBCL–summapisteitä perheen ulkopuolisen aikuisten määrää kuvaavissa sosiaalisen verkoston luokissa esittävistä kuvioista 16 & 17 on nähtävillä, että lasten sosiaalisen verkoston perheen ulkopuolisten aikuisten määrä oli lähes merkitsevästi yhteydessä ainoastaan lasten ajattelun häiriöihin ( $\chi^2(2)=7.488$ ,  $p=0.02$ ). Perheen ulkopuolisten aikuisten määrä ei ollut yhteydessä lasten vanhempien CBCL-arvion perusteella lasten oireilun kokonaisesiintyvyyteen, emotionaaliseen kokonaisoireiluun tai emotionaalisen kokonaisoireilun yksittäisistä oireulottuvuuksista lasten vetäytymiseen ja ahdistuneisuuteen/masentuneisuuteen eikä käytöshäiriöiden kokonaisoireulottuvuuteen tai käytöshäiriöiden kokonaisoireulottuvuuden yksittäisiin oireulottuvuuksiin (aggressiivinen käytös, sääntöjä rikkova käyttäytyminen) (kaikki  $p>0.24$ ). Tilastollista yhteyttä lasten perheen ulkopuolisen aikuisten määrän ja lasten hyvinvoinnin välillä ei myöskään havaittu muiden yksittäisten kognitiivis-sosiaalisten oireulottuvuuksien (tarkkaavaisuuden vaikeudet, sosiaaliset vaikeudet) osalta (kaikki  $p>0.20$ ).

Niillä lapsilla, jotka eivät olleet maininneet sosiaaliseen verkostoonsa yhtään perheen ulkopuolista aikuista, ajattelun häiriöitä oli vähiten. Lasten sosiaalisen verkoston perheen ulkopuolisten aikuisten määrän kasvaessa, heidän ajattelun häiriönsä lisääntyivät.

Huomioitavaa on, että somaattisen oireilun osalta tilastollinen merkitsevyys ( $\chi^2(2)=5.671$ ,  $p=0.06$ ) oli vain hieman yli tilastollisen lähes merkitsevän rajan ( $p<0.05$ ). Voidaan siis ajatella, että perheen ulkopuolisten aikuisten määrä oli likimain lähes merkitsevästi ( $p<0.1$ ) yhteydessä lasten somaattiseen oireiluun. Somaattista oireilua oli selkeästi eniten niillä lapsilla, jotka olivat maininneet sosiaaliseen verkostoonsa kuuluvaksi 3–10 perheen ulkopuolista aikuista. Somaattista oireilua oli hieman vähemmän niillä lapsilla, jotka eivät olleet maininneet sosiaaliseen verkostoonsa kuuluvaksi

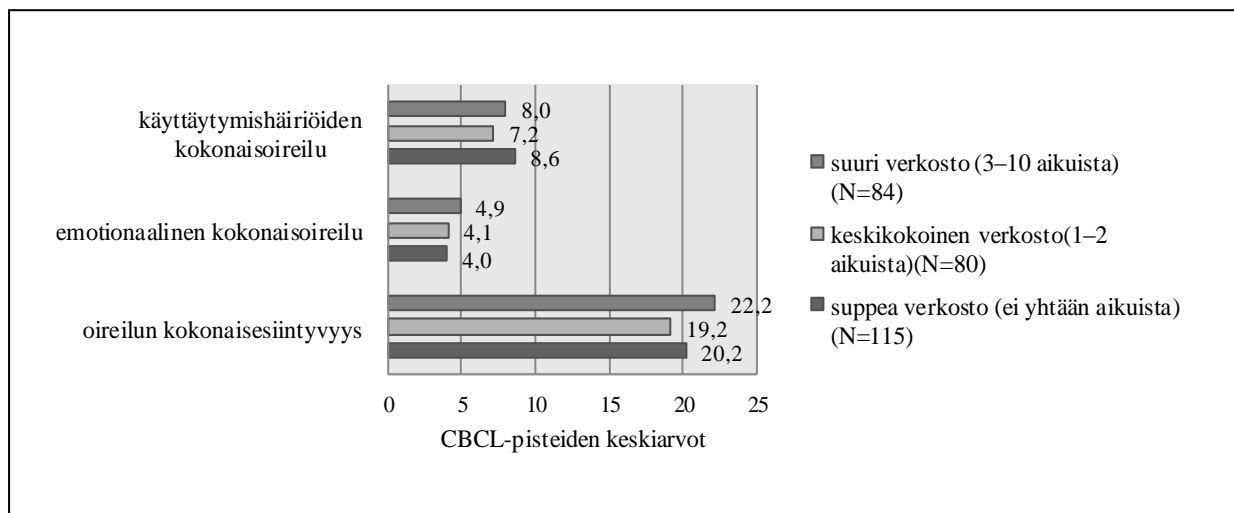
yhtään ainoaa perheen ulkopuolista aikuista ja vähiten niillä lapsilla, jotka olivat maininneet sosiaaliseen verkostoonsa kuuluvaksi 1–2 perheen ulkopuolista aikuista.

Perheen ulkopuolisten aikuisten määrä oli yhteydessä vain muutamaaan lasten hyvinvointia kuvaavaan oireulottuvuuteen. Voidaankin todeta, että lasten sosiaalisen verkoston perheen ulkopuolisten aikuisten määrällä ei olisi niin suurta merkitystä lasten hyvinvoinnille, kuin olisi voinut ennalta olettaa. Melkein kaikilla lasten hyvinvointia kuvaavilla oireulottuvuuksilla, lukuun ottamatta käyttäytymishäiriöitä kuvaavia oireulottuvuuksia, eli sääntöjä rikkovaa käytöstä ja aggressiivisuutta, lapsilla oli eniten oireilua silloin, kun heidän sosiaaliseen verkostoonsa kuului 3–10 perheen ulkopuolista aikuista. On siis mahdollista, että suuri perheen ulkopuolisten aikuisten määrä olisi lasten hyvinvoinnin kannalta epäsuotuisin. Puolestaan se, mikä olisi lasten hyvinvoinnin kannalta suotuisin lasten sosiaalisen verkoston perheen ulkopuolisten aikuisten määrä, ei ollut yhtä selvää tutkimustulosten perusteella. Lasten oireilun kokonaisesiintyvyyttä kuvaavan oireulottuvuuden perusteella käy ilmi, että lasten oireilu väheni lähes yhtä paljon silloin, kun he olivat maininneet sosiaaliseen verkostoonsa kuuluvaksi 1–2 perheen ulkopuolista aikuista ja silloin, kun he eivät olleet maininneet verkostoonsa kuuluvaksi yhtään ainoaa perheen ulkopuolista aikuista. Huomioitavaa on, että perheen ulkopuolisten aikuisten määrällä ei kuitenkaan ollut yhteyttä lasten oireilun kokonaisesiintyvyyteen ( $p=0.67$ ) vaan ainoastaan ajattelun häiriöihin. Lasten oireilun kokonaisesiintyvyyttä kuvaava oireulottuvuus voi kuitenkin antaa suuntaa sille, millä tavoin perheen ulkopuolisten aikuisten määrä mahdollisesti vaikuttaisi lasten oireiluun kokonaisuutena.



- $p < 0.1$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti likimain lähes merkitsevä ero
- \*  $p < 0.05$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti lähes merkitsevä ero
- \*\*  $p < 0.01$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti merkitsevä ero
- \*\*\*  $p < 0.001$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti erittäin merkitsevä ero

**Kuvio 16.** Lasten vanhempien (N= 279) täyttämien CBCL-arviointien perusteella lasketut yksittäisten oireulottuuksien summapistemäärien keskiarvot perheen ulkopuolisen verkoston aikuisten määrää kuvaavissa verkostoluokissa.



- $p < 0.1$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti likimain lähes merkitsevä ero
- \*  $p < 0.05$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti lähes merkitsevä ero
- \*\*  $p < 0.01$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti merkitsevä ero
- \*\*\*  $p < 0.001$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti erittäin merkitsevä ero

**Kuvio 17.** Lasten vanhempien (N= 279) täyttämien CBCL-arviointien perusteella lasketut lasten käyttäytymishäiriöiden kokonaisoireilua, emotionaalista kokonaisoireilua ja lasten oireilun kokonaisesiintyvyyttä kuvaavien CBCL-summapistemäärien keskiarvot perheen ulkopuolisten aikuisten määrää kuvaavissa verkostoluokissa.

#### 6.4. Sukupuolen yhteys lasten sosiaalisen verkoston kokoon

Tällä sivulla olevasta tyttöjen ja poikien keskimääräisen sosiaalisen verkoston koon eroja kuvaavasta taulukosta 6 on nähtävillä että, että tytöt nimesivät sosiaaliseen verkostoonsa keskimäärin enemmän läheisiä ihmissuhteita jokaisen verkostomuuttujan osalta kuin pojat. Tyttöjen sosiaalinen verkosto oli näin ollen hieman suurempi kuin poikien sosiaalinen verkosto.

Tytöt ja pojat erosivat tilastollisesti merkitsevästi toisistaan keskimääräisen kokonaisverkoston koon suhteen ( $t(263.4)=2.9$ ,  $p<0.01$ ) ja perheen ulkopuolisen verkoston koon suhteen ( $t(257.5)=2.8$ ,  $p<0.01$ ). Tytöt nimesivät kokonaisverkostoonsa keskimäärin 14.4 ihmissuhdetta ja pojat puolestaan 12.1 ihmissuhdetta. Perheen ulkopuoliseen verkostoon tytöt nimesivät keskimäärin 11.1 ihmissuhdetta ja pojat puolestaan 9.0 ihmissuhdetta.

Lisäksi tytöt ja pojat erosivat toisistaan tilastollisesti lähes merkitsevästi perheen ulkopuolisten aikuisten määrän suhteen ( $t(289)=2.4$ ,  $p<0.05$ ) sekä perheen ulkopuolisten lasten määrän suhteen ( $t(253.7)=2.1$ ,  $p<0.05$ ). Muita aikuisia tytöt nimesivät sosiaaliseen verkostoonsa keskimäärin 2.3 ja pojat puolestaan 1.7. Tytöt nimesivät verkostoonsa keskimäärin 6.2 perheen ulkopuolista lasta ja pojat puolestaan 5.1 perheen ulkopuolista lasta.

**Taulukko 6. Tyttöjen T (N=137) ja poikien P (N=154) sosiaalisen verkoston keskimääräisen koon vertailu ja t-testin tunnusluvut**

verkosto muuttuja	ka	kh	t-jakauma	df	p-arvo (T-testi)
kokonaisverkoston koko T	14.4	7.2	2.9	263.4	0.004**
kokonaisverkoston koko P	12.1	5.9			
ydinverkoston koko T	4.9	2.0	1.0	289	0,30
ydinverkoston koko P	4,7	2,1			
perhe verkoston koko T	3,3	1,0	1,3	289	0.21
perheverkoston koko P	3,1	1.0			
perheen ulkopuolisen verkoston koko T	11.1	7.1	2,8	257.5	0,006**
perheen ulkopuolisen verkoston koko P	9.0	5.6			
sisarusten määrä T	1,3	0.9	1.1	289	0,29
sisarusten määrä P	1.2	0.9			
isovanhempien määrä T	2.2	1.4	1.0	289	0,32
isovanhempien määrä P	2.1	1.4			
muiden lasten määrä T	6.2	5.0	2,1	253,7	0,04*
muiden lasten määrä P	5.1	3.8			
muiden aikuisten määrä T	2.3	2.6	2.4	289	0.02*
muiden aikuisten määrä P	1,7	2,2			

(Taulukossa käytetyt lyhenteet: ka= keskiarvo, kh= keskihajonta, df= vapausasteet)

•  $p<0.1$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti likimain lähes merkitsevä ero

\*  $p<0.05$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti lähes merkitsevä ero

\*\* $p<0.01$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti merkitsevä ero

\*\*\* $p<0.001$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti erittäin merkitsevä ero

## 6.5 Tyttöjen ja poikien sosiaaliset verkostot ja hyvinvointi kaksisuuntaisen varianssianalyysin mukaan

Kaksisuuntaisen varianssianalyysin tuloksia esittävästä liitteestä 11, on nähtävillä, että lasten sukupuoli (kaikki  $p > 0.44$ ) ja kokonaisverkoston koko (kaikki  $p > 0.40$ ) eivät olleet merkitsevästi yhteydessä lasten oireilun kokonaisesiintyvyyteen, emotionaaliseen kokonaisoireulottuvuuteen tai käyttäytymishäiriöiden kokonaisoireulottuvuuteen. Tulokset olivat yhteneviä edellä esitetyn epäparametrisen Kruskal Wallisin testin tuloksien kanssa (s. 37–39). Lasten kokonaisverkoston koolla ja sukupuolella ei myöskään havaittu olevan yhdysvaikutusta edellä mainittuihin kokonaisoireulottuvuuksiin (kaikki  $p > 0.34$ ).

Kaksisuuntaisen varianssianalyysin tuloksia esittävästä taulukosta 7 s.60, on nähtävillä, että lasten perheverkoston koko oli kaksisuuntaisen varianssianalyysin perusteella lähes merkitsevästi yhteydessä lasten oireilun kokonaisesiintyvyyteen ( $F(2)=3.09$ ,  $p=0.05$ ) ja merkitsevästi yhteydessä lasten emotionaaliseen kokonaisoireulottuvuuteen ( $F(2)=4.86$ ,  $p=0.008$ ). Lasten käyttäytymishäiriöiden kokonaisoireulottuvuuteen lasten perheverkoston koolla ei ollut merkitsevää yhteyttä ( $p=0.50$ ). Huomioitavaa kuitenkin on, että lasten oireilun kokonaisesiintyvyyttä kuvaavan oireulottuvuuden osalta kaksisuuntaisen varianssianalyysin oletukset rikkoontuivat otosvarianssien yhtäsuuruuden osalta (Levenen testi  $p > 0.05$ ). Kuitenkin kaksisuuntaisen varianssianalyysin tulokset olivat yhteneviä edellä esitettyihin epäparametrisen Kruskal Wallisin testin tuloksiin (s.40–42.), sillä myös Kruskal Wallisin testin mukaan lasten perheverkoston koko oli lähes merkitsevästi yhteydessä lasten oireilun kokonaisesiintyvyyteen ja merkitsevästi yhteydessä lasten emotionaaliseen kokonaisoireulottuvuuteen. Tämän vuoksi kaksisuuntaisen varianssianalyysin tuloksia voidaan pitää oletusten rikkoontumisesta huolimatta luotettavina. Lasten sukupuoli ei ollut kaksisuuntaisen varianssianalyysin perusteella yhteydessä lasten oireilun kokonaisesiintyvyyteen, emotionaaliseen kokonaisoireulottuvuuteen tai käyttäytymishäiriöiden kokonaisoireulottuvuuteen (kaikki  $p > 0.33$ ). Lasten sukupuolella ja perheverkoston koolla ei ollut myöskään merkitsevää yhdysvaikutusta edellä mainittuihin CBCL-oireulottuvuuksiin (kaikki  $p > 0.87$ ).



**Taulukko 7. Tyttöjen T (N= 128) ja poikien P (N=145) CBCL t-pisteiden kokonaisoireulottuvuuksien keskiarvojen vertailu lasten perheverkoston kokoa kuvaavissa verkostoluokissa.**

CBCL t-pisteet perheverkosto	suppea perhe verkosto/ 0–2 perheen jäsentä	keskikokoinen perhe verkosto/ 3 perheen jäsentä	suuri perhe verkosto/ 4–8 perheen jäsentä	Kaksisuuntaisen varianssianalyysin testisuureet			
	tytöt N=23 pojat N=33	tytöt N= 62 pojat N= 76	tytöt N= 43 pojat N=36				
	Keskiarvo (Keskihajonta)	Keskiarvo (Keskihajonta)	Keskiarvo (Keskihajonta)	F(A) F(B) F(AB)	df	F	p-arvo
kokonaisoireilu T	50.2 (7.3)	49.5 (7.7)	46.1 (9.7)	F(A)	1	0.47	0.50
kokonaisoireilu P	48.5 (10.4)	48.8 (9.9)	46.2 (8.2)	F(B)	1	3.09	0.05*
kokonaisoireilu T+P	49.2 (9.2)	49.1 (9.0)	46.2 (9.0)	F(AB)	2	0.14	0.87
emotionaalinen oireilu T	49.1 (8.5)	48.8 (7.8)	45.2 (8.8)	F(A)	1	0.95	0.33
emotionaalinen oireilu P	48.8 (9.6)	47.1 (9.6)	43.9 (8.9)	F(B)	2	4.86	0.008**
emotionaalinen oireilu T+P	48.9 (9.1)	47.8 (8.9)	44.7 (8.8)	F(AB)	2	0.12	0.88
käyttäytymisen häiriöt T	50.4 (7.9)	49.6 (7.4)	48.1 (9.4)	F(A)	1	0.84	0.36
käyttäytymisen häiriöt P	48.5 (10.1)	48.7 (9.0)	47.8 (8.0)	F(B)	2	0.70	0.50
käyttäytymisen häiriöt T+P	49.3 (9.3)	49.1 (8.3)	47.9 (8.7)	F(AB)	2	0.15	0.87

F(A)= sukupuolen yhteys lasten oireiluun. F(B)= perheverkoston koon yhteys lasten oireiluun. F(AB)= sukupuolen ja perheverkoston koon yhdysvaikutus lasten oireiluun. T= tytöt, P= pojat.

•  $p < 0.1$  CBCL-oireipisteissä tilastollisesti likimain lähes merkitsevä ero

\*  $p < 0.05$  CBCL-oireipisteissä tilastollisesti lähes merkitsevä ero

\*\*  $p < 0.01$  CBCL-oireipisteissä tilastollisesti merkitsevä ero

\*\*\*  $p < 0.001$  CBCL-oireipisteissä tilastollisesti erittäin merkitsevä ero

Kaksisuuntaisen varianssianalyysin tuloksia esittävästä taulukosta 8 s.61 on nähtävillä, että sisarusten määrä lasten sosiaalisessa verkostossa oli kaksisuuntaisen varianssianalyysin perusteella lähes merkitsevästi yhteydessä lasten emotionaaliseen kokonaisoireulottuvuuteen ( $F(2)=4.03$ ,  $p=0.02$ ). Lasten käyttäytymishäiriöiden kokonaisoireulottuvuuteen lasten sisarusten määrällä ei ollut yhteyttä ( $p=0.44$ ). Huomioitavaa on, että lasten oireilun kokonaisesiintyvyyden ( $F(2)=2.86$ ,  $p=0.06$ ) tilastollinen merkitsevyys oli vain hiukan yli lähes merkitsevän rajan ( $p=0.05$ ). Kaksisuuntaisen varianssianalyysin tulokset ovat samansuuntaisia epäparametrisen Kruskal Wallisin testin tulosten kanssa (s.42–44) muuten paitsi Kruskal Wallisin testin mukaan lasten sisarusten määrä oli lähes merkitsevästi yhteydessä lasten oireilun kokonaisesiintyvyyteen. Näin ollen voidaan ajatella, että perheverkoston koon ja oireilun kokonaisesiintyvyyden välillä oli mahdollisesti olemassa likimain lähes merkitsevä yhteys, vaikka kaksisuuntaisen varianssianalyysin perusteella p-

arvo ( $p=0.06$ ) jäikin hiukan yli tilastollisesti lähes merkitsevän rajan. Lasten sukupuoli ei ollut kaksisuuntaisen varianssianalyysin perusteella yhteydessä lasten oireilun kokonaisesiintyvyyteen, emotionaaliseen kokonaisoireulottuuteen tai käyttäytymisen häiriöiden kokonaisoireulottuuteen (kaikki  $p>0.49$ ). Lasten sukupuolella ja heidän sosiaalisen verkostonsa sisarusten määrällä ei ollut myöskään merkitsevää yhdysvaikutusta edellä mainittuihin oireulottuvuuksiin (kaikki  $p>0.56$ ).

**Taulukko 8. Tyttöjen T (N= 128) ja poikien P (N=145) CBCL t-pisteiden keskiarvojen vertailu lasten perheverkoston sisarusten määrää kuvaavissa verkostoluokissa.**

CBCL-t pisteet sisarusten määrä	suppea verkosto/ ei yhtään sisarusta  tytöt N=20 pojat N=31	keskikokoinen verkosto/ yksi sisarus  tytöt N= 66 pojat N= 78	suuri verkosto/ 2–6 sisarusta  tytöt N= 42 pojat N=36	Kaksisuuntaisen varianssianalyysin testisuureet			
	Keskiarvo (Keskihajonta)	Keskiarvo (Keskihajonta)	Keskiarvo (Keskihajonta)	F(A) F(B) F(AB)	df	F	p-arvo
kokonaisoireilu T	49.4 (7.2)	49.7 (7.7)	46.1 (9.8)	F(A)	1	0.16	0.69
kokonaisoireilu P	48.9 (10.8)	48.5 (9.8)	46.3 (8.2)	F(B)	1	2.86	0.06•
kokonaisoireilu T+P	49.1 (9.4)	49.1 (8.9)	46.2 (9.0)	F(AB)	2	0.18	0.84
emotionaalinen oireilu T	48.1 (8.4)	49.1 (7.8)	45.2 (8.9)	F(A)	1	0.41	0.53
emotionaalinen oireilu P	48.9 (10.6)	46.9 (9.3)	44.3 (8.8)	F(B)	2	4.03	0.02*
emotionaalinen oireilu T+P	48.6 (9.7)	47.9 (8.7)	44.8 (8.8)	F(AB)	2	0.58	0.56
käyttäytymis- häiriöt T	49.7 (7.9)	50.0 (7.4)	47.9 (9.5)	F(A)	1	0.47	0.49
käyttäytymis- häiriöt P	48.8 (10.0)	48.6 (9.0)	47.8 (8.0)	F(B)	2	0.82	0.44
käyttäytymis- häiriöt T+P	49.1 (9.2)	49.3 (8.4)	47.8 (8.8)	F(AB)	2	0.14	0.87

F(A)= sukupuolen yhteys lasten oireiluun. F(B)= Lasten sosiaalisen verkoston sisarusten määrän yhteys lasten oireiluun. F(AB)= sukupuolen ja lasten sosiaalisen verkoston sisarusten määrän yhdysvaikutus lasten oireiluun. T= tytöt, P= pojat.

•  $p<0.1$  CBCL-oireipisteissä tilastollisesti likimain lähes merkitsevä ero

\*  $p<0.05$  CBCL-oireipisteissä tilastollisesti lähes merkitsevä ero

\*\* $p<0.01$  CBCL-oireipisteissä tilastollisesti merkitsevä ero

\*\*\* $p<0.001$  CBCL-oireipisteissä tilastollisesti erittäin merkitsevä ero

Kaksisuuntaisen varianssianalyysin tuloksia esittävästä taulukosta 9 s.63 on nähtävillä, että lasten ydinverkoston koko oli lähes merkitsevästi yhteydessä käyttäytymishäiriöiden kokonaisoireulottuuteen ( $F(2)=3.13$ ,  $p=0.04$ ) ja lasten hyvinvointia kokonaisuutena kuvaavaan lasten oireilun koko-

naisesiintyvyyteen ( $F(2)=3.19$ ,  $p=0.04$ ). Emotionaaliseen kokonaisoireulottuvuuteen ydinverkoston koolla ei ollut merkitsevää yhteyttä ( $p=0.13$ ). Kaksisuuntaisen varianssianalyysin tulokset ovat yhteneviä edellä esitettyjen (s.45–47) epäparametrisen Kruskal Wallisin testin tulosten kanssa, muuten paitsi ydinverkoston koko ei Kuskal Wallisin testin mukaan ollut tilastollisesti lähes merkitsevästi yhteydessä lasten oireilun kokonaisesiintyvyyteen, sillä p-arvo (0.07) jäi hiukan yli tilastollisesti lähes merkitsevän rajan. Koska kaksisuuntaisen varianssianalyysin perusteella lähes merkitsevä yhteys ydinverkoston koon ja lasten oireilun kokonaisesiintyvyyden välillä oli kuitenkin havaittavissa, voidaan ajatella, että lasten ydinverkoston koko oli lähes merkitsevästi yhteydessä lasten oireilun kokonaisesiintyvyyteen. Lasten sukupuoli ei ollut kaksisuuntaisen varianssianalyysin perusteella yhteydessä lasten oireilun kokonaisesiintyvyyteen, emotionaaliseen oireiluun tai käyttäytymishäiriöihin (kaikki  $p>0.36$ ). Huomioitavaa on, että lasten sukupuolen ja ydinverkoston koon yhdysvaikutus lasten käyttäytymishäiriöiden kokonaisoireulottuvuuteen ( $F(2)=2.76$ ,  $p=0.07$ ) oli vain hiukan yli lähes merkitsevän rajan ( $p<0.05$ ). Näin ollen voidaan ajatella, että ydinverkoston koolla ja lasten sukupuolella oli likimain lähes merkitsevä yhdysvaikutus lasten käyttäytymishäiriöihin. Tilastollista sukupuolen ja ydinverkoston koon yhdysvaikutusta lasten oireiluun ei kuitenkaan havaittu lasten oireilun kokonaisesiintyvyyden ( $p=0.12$ ) ja emotionaalisen kokonaisoireulottuvuuden osalta ( $p=0.39$ ).

Tytöillä, joiden ydinverkosto oli suppea, oli eniten käyttäytymishäiriöitä. Käyttäytymishäiriöiden määrä väheni tytöillä sitä mukaan, mitä suurempi heidän ydinverkostonsa oli. Pojilla oli vähiten käyttäytymishäiriöitä silloin, kun heidän ydinverkostonsa oli keskikokoinen. Ydinverkoston ollessa suppea tai suuri poikien käyttäytymishäiriöt lisääntyivät lähes yhtä paljon. Eniten pojilla käyttäytymishäiriöitä oli kuitenkin silloin, kun heidän ydinverkostonsa oli suppea. Voidaankin todeta, että pojille käyttäytymishäiriöiden esiintymisen suhteen suotuisinta oli heidän ydinverkostonsa keskikokoinen koko ja tytöille puolestaan heidän ydinverkostonsa mahdollisimman suuri koko. Tämä on yllättävää, sillä lasten sosiaalisen verkoston läheisimpien ihmissuhteiden määrän ollessa suuri, poikien käyttäytymishäiriöt eivät vähentyneetkään kuten tytöillä ja yleensä lapsilla kokonaisuutena.

**Taulukko 9. Tyttöjen T (N= 128) ja poikien P (N=145) CBCL t-pisteiden kokonaisoireulottuvuuksien keskiarvojen vertailu ydinverkoston kokoa kuvaavissa verkostoluokissa.**

CBCL t-pisteet ydinverkoston ihmissuhteiden määrä	suppea verkosto/ 0–3 ihmissuhdetta	keskikokoinen verkosto/ 4–5 ihmissuhdetta	suuri verkosto/ 6–10 ihmissuhdetta	Kaksisuuntaisen varianssianalyysin testisuureet			
	tytöt N=25 pojat N=38	tytöt N= 55 pojat N= 58	tytöt N= 48 pojat N=49	F(A) F(B) F(AB)	df	F	p-arvo
kokonaisoireilu T	51.7 (7.4)	49.1 (9.0)	46.1 (7.8)	F(A)	1	0.35	0.56
kokonaisoireilu P	49.9 (10.6)	46.5 (9.7)	48.4 (8.7)	F(B)	2	3.19	0.04*
kokonaisoireilu T+P	50.6 (9.5)	47.8 (9.7)	47.3 (8.3)	F(AB)	2	2.13	0.12
emotionaalinen oireilu T	49.5 (7.9)	48.1 (8.9)	46.3 (8.1)	F(A)	1	0.79	0.37
emotionaalinen oireilu P	48.9 (9.9)	45.2 (10.0)	46.7 (8.4)	F(B)	2	2.04	0.13
emotionaalinen oireilu T+P	49.2 (9.1)	46.5 (9.6)	46.5 (8.2)	F(AB)	2	0.94	0.39
käyttäytymisen häiriöt T	52.1 (7.3)	50.2 (9.0)	46.7 (7.1)	F(A)	1	0.85	0.36
käyttäytymisen häiriöt P	50.3 (10.1)	46.9 (8.5)	48.9 (8.5)	F(B)	2	3.17	0.04*
käyttäytymisen häiriöt T+P	51.0 (9.1)	48.5 (8.9)	47.8 (7.9)	F(AB)	2	2.76	0.07•

F(A)= sukupuolen yhteys lasten oireiluun. F(B)= ydinverkoston koon yhteys lasten oireiluun. F(AB)= sukupuolen ja ydinverkoston koon yhdysvaikutus lasten oireiluun. T= tytöt, P= pojat.

• p< 0.1 CBCL-oireipisteissä tilastollisesti likimain lähes merkitsevä ero

\* p<0.05 CBCL-oireipisteissä tilastollisesti lähes merkitsevä ero

\*\*p<0.01 CBCL-oireipisteissä tilastollisesti merkitsevä ero

\*\*\*p<0.001CBCL-oireipisteissä tilastollisesti erittäin merkitsevä ero

Kaksisuuntaisen varianssianalyysin tuloksia esittävästä liitteestä 12 on nähtävillä, että lasten perheen ulkopuolisen verkoston koko ei ollut kaksisuuntaisen varianssianalyysin perusteella yhteydessä lasten oireilun kokonaisesiintyvyyteen, emotionaaliseen kokonaisoireulottuvuuteen tai käyttäytymishäiriöiden kokonaisoireulottuvuuteen (kaikki  $p>0.25$ .) Kaksisuuntaisen varianssianalyysin tulokset ovat yhteneviä edellä esitettyjen epäparametrisen Kruskal Wallisin testin tulosten kanssa (s.47–49.) Myöskään lasten sukupuoli ei ollut kaksisuuntaisen varianssianalyysin perusteella yhteydessä lasten oireilun kokonaisesiintyvyyteen, emotionaaliseen kokonaisoireulottuvuuteen tai käyttäytymishäiriöiden kokonaisoireulottuvuuteen (kaikki  $p>0.40$ ). Lasten sukupuolella ja perheen ulkopuolisen verkoston koolla ei ollut myöskään tilastollista yhdysvaikutusta edellä mainittuihin oireulottuvuuksiin (kaikki  $p>0.53$ ).

Kaksisuuntaisen varianssianalyysin tuloksia esittävästi liitteestä 13, on nähtävillä, että lasten sosiaalisen verkoston isovanhempien määrä ei ollut kaksisuuntaisen varianssianalyysin perusteella yhteydessä lasten oireilun kokonaisesiintyvyyteen, emotionaaliseen kokonaisoireulottuvuuteen tai käyttäytymishäiriöiden kokonaisoireulottuvuuteen (kaikki  $p > 0.36$ .) Kaksisuuntaisen varianssianalyysin tulokset ovat yhteneviä edellä esitettyjen epäparametrisen Kruskal Wallisin testin tulosten kanssa (s.50–51.) Lasten sukupuoli ei ollut myöskään kaksisuuntaisen varianssianalyysin perusteella yhteydessä lasten oireilun kokonaisesiintyvyyteen, emotionaaliseen kokonaisoireulottuvuuteen tai käyttäytymisen häiriöiden kokonaisoireulottuvuuteen (kaikki  $p > 0.40$ ). Lasten sukupuolella ja perheen ulkopuolisen verkoston isovanhempien määrällä ei ollut myöskään tilastollista yhdysvaikutusta edellä mainittuihin oireulottuvuuksiin (kaikki  $p > 0.11$ ).

Kaksisuuntaisen varianssianalyysin tuloksia esittävästä taulukosta 10 s. 65 on nähtävillä, että perheen ulkopuolisten lasten määrä lasten sosiaalisessa verkostossa oli kaksisuuntaisen varianssianalyysin perusteella merkitsevästi yhteydessä lasten emotionaaliseen kokonaisoireulottuvuuteen ( $F(2)=4.03$ ,  $p=0.002$ ). Lasten käyttäytymishäiriöiden kokonaisoireulottuvuuteen lasten sosiaalisen verkoston perheen ulkopuolisten lasten määrällä ei ollut merkitsevää yhteyttä ( $p=0.19$ ). Huomioitavaa on, että lasten sosiaalisen verkoston perheen ulkopuolisten lasten määrän ja lasten oireilun kokonaisesiintyvyyden ( $F(2)=2.86$ ,  $p=0.07$ ) tilastollisen yhteyden merkitsevyys oli kaksisuuntaisen varianssianalyysin perusteella vain hiukan yli tilastollisesti lähes merkitsevän rajan ( $p < 0.05$ ). Kaksisuuntaisen varianssianalyysin tulokset ovat kuitenkin samansuuntaisia epäparametrisen Kruskal Wallisin testin tulosten kanssa (s.52–54). Kruskal Wallisin testin mukaan perheen ulkopuolisten lasten määrä ei ollut yhteydessä lähes merkitsevästi lasten oireilun kokonaisesiintyvyyteen ( $p=0.20$ ). Kaksisuuntaisen varianssianalyysin tulos saattaa johtua siitä, että lasten oireilun kokonaisesiintyvyyden osalta kaksisuuntaisen varianssianalyysin oletukset rikkoontuivat otosvariانسien yhtäsuuruuden osalta (Levenen testi  $p > 0.05$ ). On myös mahdollista, että Kruskal Wallisin testin ja kaksisuuntaisen varianssianalyysin eriävät tulokset johtuvat siitä, että kaksisuuntainen varianssianalyysi on menetelmänä herkempi tilastollisia merkitsevyyksiä testattaessa. Kuitenkin tässä yhteydessä on varmempaa todeta, ettei lasten sosiaalisen verkoston perheen ulkopuolisten lasten määrän ja kokonaisoireilun välillä ollut yhteyttä. Lasten sukupuoli ei ollut kaksisuuntaisen varianssianalyysin perusteella yhteydessä lasten oireilun kokonaisesiintyvyyteen, emotionaaliseen kokonaisoireulottuvuuteen tai käyttäytymishäiriöiden kokonaisoireulottuvuuteen (kaikki  $p > 0.36$ ). Lasten sukupuolella ja sosiaalisen verkoston perheen ulkopuolisten lasten määrällä ei ollut myöskään yhdysvaikutusta edellä mainittuihin oireulottuvuuksiin (kaikki  $p > 0.18$ ).

**Taulukko 10. Tyttöjen T (N= 128) ja poikien P (N=145) CBCL t-pisteiden keskiarvojen vertailu lasten sosiaalisen verkoston perheen ulkopuolisten lasten määrää kuvaavissa verkostoluokissa.**

CBCL t-pisteet perheen ulkopuolisten lasten määrä	suppea verkosto/ 0–3 lasta  tytöt N=42 pojat N=53	keskikokoinen verkosto/ 4–7 lasta  tytöt N= 51 pojat N= 58	suuri verkosto/ 8–27 lasta  tytöt N= 35 pojat N=34	Kaksisuuntaisen varianssianalyysin testisuureet			
	Keskiarvo (Keskihajonta)	Keskiarvo (Keskihajonta)	Keskiarvo (Keskihajonta)	F(A) F(B) F(AB)	df	F	p-arvo
kokonaisoireilu T	49.5 (8.7)	47.4 (7.9)	48.8 (8.8)	F(A)	1	0.14	0.71
kokonaisoireilu P	49.9 (11.4)	46.1 (7.8)	48.4 (9.8)	F(B)	2	2.70	0.07•
kokonaisoireilu T+P	49.7 (10.3)	46.7 (7.9)	48.4 (9.0)	F(AB)	2	0.22	0.80
emotionaalinen oireilu T	48.7 (8.7)	45.8 (8.3)	49.2 (7.9)	F(A)	1	0.83	0.36
emotionaalinen oireilu P	49.1 (11.1)	43.9 (7.9)	47.8 (8.4)	F(B)	2	6.29	0.002**
emotionaalinen oireilu T+P	48.9 (10.1)	44.8 (8.1)	48.5 (8.1)	F(AB)	2	0.43	0.65
käyttäytymisen häiriöt T	50.2 (8.8)	48.9 (7.6)	48.7 (8.7)	F(A)	1	0.48	0.49
käyttäytymisen häiriöt P	50.1 (10.6)	46.9 (7.5)	48.6 (8.3)	F(B)	2	1.68	0.19
käyttäytymisen häiriöt T+P	50.1 (9.8)	47.8 (7.6)	48.6 (8.5)	F(AB)	2	0.41	0.18

F(A)= sukupuolen yhteys lasten oireiluun. F(B)= lasten sosiaalisen verkoston perheen ulkopuolisten lasten määrään yhteys lasten oireiluun. F(AB)= sukupuolen ja lasten sosiaalisen verkoston perheen ulkopuolisten lasten määrään yhdysvaikutus lasten oireiluun. T= tytöt, P= pojat.

•  $p < 0.1$  CBCL-oireipisteissä tilastollisesti likimain lähes merkitsevä ero

\*  $p < 0.05$  CBCL-oireipisteissä tilastollisesti lähes merkitsevä ero

\*\* $p < 0.01$  CBCL-oireipisteissä tilastollisesti merkitsevä ero

\*\*\* $p < 0.001$  CBCL-oireipisteissä tilastollisesti erittäin merkitsevä ero

Kaksisuuntaisen varianssianalyysin tuloksia esittävästä taulukosta 11 s.67 on nähtävillä, että lasten sosiaalisen verkoston perheen aikuisten määrä ei ollut kaksisuuntaisen varianssianalyysin perusteella merkitsevästi yhteydessä lasten oireilun kokonaisesiintyvyyteen, emotionaaliseen kokonaisoireulottuvuuteen tai käyttäytymishäiriöiden kokonaisoireulottuvuuteen (kaikki  $p > 0.18$ .) Kaksisuuntaisen varianssianalyysin tulokset ovat yhteneviä epäparametrisen Kruskal Wallisin testin tulosten kanssa (s.55–57.) Myöskään lasten sukupuoli ei ollut kaksisuuntaisen varianssianalyysin perusteella yhteydessä lasten oireilun kokonaisesiintyvyyteen, emotionaaliseen kokonaisoireulottuvuuteen tai käyttäytymishäiriöiden kokonaisoireulottuvuuteen (kaikki  $p > 0.29$ ). Lasten sukupuolella ja lasten sosiaalisen verkoston perheen ulkopuolisten aikuisten määrällä oli kuitenkin yllätyksellisesti lähes merkitsevä yhdysvaikutus kaksisuuntaisen varianssianalyysin perusteella lasten

oireilun kokonaisesiintyvyyteen ( $F(2)=3.78$ ,  $p=0.02$ ) ja merkitsevä yhdysvaikutus lasten käyttäytymishäiriöiden kokonaisoireulottuvuuteen ( $F(2)=5.17$ ,  $p=0.006$ ). Vaikka sukupuoli ja perheen ulkopuolisen verkoston aikuisten määrä eivät olleetkaan yhteydessä lasten hyvinvointia kokonaisuutena kuvaavaan lasten oireilun kokonaisesiintyvyyteen ja käyttäytymishäiriöiden kokonaisoireulottuvuuteen, lasten sukupuoli ja lasten sosiaalisen verkoston perheen ulkopuolisten aikuisuhteiden määrä kuitenkin yhdessä vaikuttivat lasten oireilun kokonaisesiintyvyyden ja käyttäytymishäiriöiden määrään. Lisäksi huomioitavaa on, että lasten sukupuolen sekä perheen ulkopuolisen verkoston aikuisten määrän ja lasten emotionaalisen kokonaisoireulottuvuuden yhdysvaikutuksen tilastollinen merkitsevyys ( $F(2)=2.41$ ,  $p=0.09$ ) oli vain hiukan yli tilastollisesti lähes merkitsevän rajan ( $p=0.05$ ). Näin ollen myös perheen ulkopuolisten aikuisten määrällä ja lasten sukupuolella oli mahdollisesti likimain lähes merkitsevä ( $p<0.1$ ) yhdysvaikutus myös lasten emotionaaliseen oireiluun.

Pojilla oli eniten oireilua käyttäytymishäiriöitä, emotionaalista oireilua ja oireilun kokonaisesiintyvyyttä kuvaavilla oireulottuvuuksilla silloin, kun he olivat maininneet sosiaaliseen verkostonsa kuuluvaksi 1–2 perheen ulkopuolista aikuista. Poikien oireilu väheni edellä mainituilla oireulottuvuuksilla jonkin verran silloin, kun he eivät olleet maininneet sosiaaliseen verkostonsa kuuluvaksi yhtään perheen ulkopuolista aikuista ja eniten heidän mainitessa sosiaaliseen verkostonsa kuuluvaksi 3–10 perheen ulkopuolista aikuista. Tyttöillä perheen ulkopuolisten aikuisten määrä ei juurikaan vaikuttanut heidän emotionaaliseen oireiluunsa tai kokonasioireiluunsa. Tyttöillä oli kuitenkin käyttäytymishäiriötä selkeästi vähiten silloin, kun he olivat maininneet sosiaaliseen verkostonsa kuuluvaksi 3–10 perheen ulkopuolista aikuista. Tyttöjen käyttäytymisen häiriöt lisääntyivät lähes saman verran silloin, kun he olivat maininneet sosiaaliseen verkostonsa kuuluvaksi 1–2 perheen ulkopuolista aikuista tai kun he eivät olleet maininneet sosiaaliseen verkostonsa kuuluvaksi yhtään ainoaa perheen ulkopuolista aikuista.

**Taulukko 11. Tyttöjen T (N= 128) ja poikien P (N=145) CBCL t-pisteiden keskiarvojen vertailu perheen ulkopuolisen verkoston perheen ulkopuolisten aikuisten määrää kuvaavissa verkostoluokissa.**

CBCL t-pisteet muiden aikuisten määrä	suppea verkosto/ ei yhtään aikuista  tytöt N=42 pojat N=53	keskikokoinen verkosto/ 1–2 aikuista  tytöt N= 51 pojat N= 58	suuri verkosto/ 3–10 aikuista  tytöt N= 35 pojat N=34	Kaksisuuntaisen varianssianalyysin testisuureet			
	Keskiarvo (Keskihajonta)	Keskiarvo (Keskihajonta)	Keskiarvo (Keskihajonta)	F(A) F(B) F(AB)	df	F	p-arvo
kokonaisoireilu T	48.9 (6.8)	49.3 (9.2)	47.5 (9.2)	F(A)	1	0.16	0.69
kokonaisoireilu P	47.9 (9.2)	45.2 (8.6)	51.2 (10.0)	F(B)	2	1.08	0.34
Kokonaisoireilu T+P	48.2 (8.4)	47.3 (9.1)	49.1 (10.0)	F(AB)	2	3.78	0.02*
emotionaalinen oireilu T	47.5 (8.1)	48.4 (8.8)	47.3 (8.5)	F(A)	1	0.66	0.42
emotionaalinen oireilu P	46.3 (8.9)	44.5 (8.6)	49.6 (10.9)	F(B)	2	1.15	0.32
emotionaalinen oireilu T+P	46.7 (8.6)	46.5 (8.9)	48.3 (9.7)	F(AB)	2	2.41	0.09•
käyttäytymisen häiriöt T	50.6 (6.6)	50.1 (8.9)	47.4 (8.7)	F(A)	1	1.10	0.29
käyttäytymisen häiriöt P	49.0 (9.2)	44.8 (7.7)	50.8 (8.9)	F(B)	2	1.75	0.18
käyttäytymisen häiriöt T+P	49.6 (8.4)	47.6 (7.6)	48.6 (8.5)	F(AB)	2	5.17	0.006**

F(A)= sukupuolen yhteys lasten oireiluun. F(B)= lasten sosiaalisen verkoston perheen ulkopuolisten aikuisten määrän yhteys lasten oireiluun. F(AB)= sukupuolen ja lasten sosiaalisen verkoston perheen ulkopuolisten aikuisten määrän yhdysvaikutus lasten oireiluun. T= tytöt, P= pojat.

•  $p < 0.1$  CBCL-oireipisteissä tilastollisesti likimain lähes merkitsevä ero

\*  $p < 0.05$  CBCL-oireipisteissä tilastollisesti lähes merkitsevä ero

\*\* $p < 0.01$  CBCL-oireipisteissä tilastollisesti merkitsevä ero

\*\*\* $p < 0.001$  CBCL-oireipisteissä tilastollisesti erittäin merkitsevä ero

## 7. TULOSTEN YHTEENVETO, JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

### 7.1 Tutkimustulosten yleistettävyys ja käytettyjen mittareiden ongelmat

Tutkimustulosten yleistettävyys ja luotettavuus ovat asioita joihin myös tämän tutkielman tuloksia tarkasteltaessa on hyvä kiinnittää huomiota. Tutkimustulosten yleistettävyys ja luotettavuus liittyvät oleellisesti kysymykseen mistä tutkimustulokset oikeastaan loppuen lopuksi kertovat, mitä ne jättävät kertomatta ja kuinka yleistettäviä tutkimustulokset ovat.



Tutkimuksen ongelmana on aikaisemman tutkimustiedon rikkonaisuus ja käytettävyys tutkimustuloksia yleistettäessä. Tämä johtuu siitä, että tutkimuksia lasten sosiaalisten verkostojen koosta ja rakenteesta on toteutettu vähän ja toteutettujen tutkimusten kriteerit esimerkiksi tutkittujen lasten ikä ja tutkimusmenetelmät poikkeavat toisistaan (Lahikainen ym. 2012, 9). Lisäksi tutkimusta nimenomaan lasten sosiaalisen verkoston ja lasten hyvinvoinnin välisestä suhteesta on tehty sosiaalipsykologiassa suhteellisen vähän lukuun ottamatta kiintymyssuhdetraditioon tai lasten vertaissuhteisiin liittyvää tutkimusta (ks. esim. Antonucci ym. 2004, 366–367.)

Tutkimustulosten yleistettävyys kärsii tutkimuksessa sikäli, että tutkimuksen aineisto on jo noin kymmenisen vuotta vanha. Näin ollen voidaan ajatella, että yhteiskunnassamme on saattanut tapahtua lapsuuteen ja lapsena olemisen edellytyksiin liittyviä muutoksia viimeisen kymmenen vuoden aikana. Lapsuuden voidaan esimerkiksi ajatella yksinäistyneen jonkin verran vanhempien työelämän yhä koventuessa. Mielenkiintoista olisi verrata nykypäivänä kerättyä aineistoa lasten sosiaalisista verkostoista 2003 vuonna kerättyyn aineistoon ja tutkia ovatko lasten sosiaaliset verkostot muuttuneet viimeisen kymmenen vuoden aikana.

Tutkimustulosten yleistettävyys ja luotettavuus ovat riippuvaisia myös niistä tutkimusmenetelmistä, joita tutkimuksen tekemiseen on käytetty. Ongelmana tässä tutkimuksessa on ensinnäkin lasten sosiaalista verkostoa kuvaavien verkostomuuttujien luokkien jaottelu suppeaan, keskikokoiseen ja suureen verkostoluokkaan. Jaottelu oli sisarusten määrää, isovanhempien määrää ja perheen ulkopuolisten aikuisten määrää kuvaavien verkostomuuttujien osalta kyseenalainen, sillä suppeassa verkostossa ei lapsilla ollut yhtään ainoaa sisarusta, isovanhempaa tai perheen ulkopuolista aikuista sosiaalisessa verkostossaan. Jaottelu suppeaan, keskikokoiseen ja suureen verkostoluokkaan tehtiin kuitenkin tällä tavoin koska suhteellisesti niitä lapsia, joilla ei ollut yhtään sisarusta, isovanhempaa tai perheen ulkopuolista aikuista sosiaalisessa verkostossaan, oli suuri määrä. Verkostomuuttujien jaottelua suppeaan, keskikokoiseen ja suureen verkostoluokkaan voidaan kritisoida myös siitä näkökulmasta, että siinä lasten sosiaalisesta verkostosta esiin tullutta tutkimustietoa tiivistetään ja jaotellaan tutkijan mielenkiinnon mukaan. Vaikka jaottelu sinänsä olisi tehty tutkimusaineistosta nousseiden lähtökohtien mukaan, se on kuitenkin riippuvainen tutkijasta ja sinänsä saattaa vääristää myös tietoa lasten sosiaalisista verkostojen rakenteesta ja koosta.

Verkostoluokkien jaottelu suppeaan, keskikokoiseen ja suureen verkostoluokkaan tuntui tutkimusta tehdessä ensiksi toimivalta ratkaisulta. Se kuitenkin asetti omat rajoituksensa kvantitatiiviselle tutkimusmenetelmälle, jota aineiston analysoimiseen käytettiin sekä asetti omat haasteensa tutkimustulosten tulkinnalle. Kvantitatiiviseksi testimenetelmäksi valikoitui yksisuuntaisen varianssiana-

lyysin sijasta epäparametrinen Kruskal Wallisin -testi jonkin verran vinojen CBCL r-pisteiden jakaumien takia. Yksisuuntainen varianssianalyysi olisi ollut testimenetelmänä herkempi ja se olisi mahdollistanut tarkemman keskimääräisten CBCL -pisteiden vertailun sosiaalisen verkoston kokoa kuvaavissa verkostomuuttujien luokissa. Käytetyn SPSS 16 ohjelmiston Kruskal Wallisin testi kertoi ainoastaan siitä, että yksi sosiaalisen verkoston kokoa kuvaava verkostoluokka erosi toisista verkostoluokista keskimääräisten CBCL-pisteiden suhteen tilastollisesti merkitsevästi. Se ei kuitenkaan kertonut tarkasti siitä, mikä verkostoluokka erosi toisista verkostoluokista CBCL -pisteiden suhteen tilastollisesti merkitsevästi. Näin ollen tutkimustulokset kertovat ainoastaan siitä, että yksi verkostoluokka eli suppea, keskikokoinen tai suuri erosi tilastollisesti merkitsevästi muista verkostoluokista keskimääräisten CBCL-pisteiden suhteen, mutta eivät kertoneet tarkkaan siitä, mikä luokka tämä oli.

Silmämääräisesti analyysiosioissa esitettyjen CBCL r-pisteiden keskiarvovertailuja esittävien pylväsdiagrammien perusteella oli kuitenkin useimpien verkostomuuttujien osalta pääteltävissä mikä verkostomuuttujien luokka erosi muista verkostomuuttujien luokista eniten. Jonkin verran vinojen jakaumien vuoksi keskiarvoihin jakaumien sijaintilukuna pitää kuitenkin suhtautua hieman varauksella, sillä vinot jakaumat saattavat vääristää keskiarvoja. Tässä tutkimuksessa otoskoko oli kuitenkin jokaisen verkostomuuttuja ryhmän (suppea, keskikokoinen ja suuri verkosto) osalta yli 52 tilastoyksikköä, joten keskeisen raja-arvolausekkeen perusteella otoskoon (>30) puolesta voitaisiin periaatteessa olettaa, että myös yksittäisten oireulottuvuuksien r-pisteiden jakaumat lähenevät jossain määrin normaalijakaumaa, vaikka perusjoukossa lasten oireilun jakauma olisikin vino. Näin ollen yksittäisten oireulottuvuuksien r-pisteiden keskiarvot kuvaavat melko luotettavasti lasten oireilun jakautumista sosiaalisen verkoston kokoa kuvaavien luokkien välille.

Lasten sosiaalisen verkoston koon ja rakenteen mittarissa oli se ongelma, että maalitauludiagrammamittaus ei ollut onnistunut esimerkiksi lasten lemmikkieläinten ja mielikuvitusystävien osalta niin kuin lasten sosiaalisen verkoston tutkimuksen kannalta olisi ollut suotavaa. Alkuperäiseltä koodauslomakkeelta puuttui lasten lemmikkieläimiä ja mielikuvitusystäviä koodaavat kohdat, koska lapset mainitsivat haastattelijoiden yllätykseksi sosiaaliseen verkostoonsa myös lemmikkejä ja mielikuvitusystäviä. Tämän vuoksi lasten lemmikkien ja mielikuvitusystävien osalta koodauslomakkeelta ei käynyt ilmi kuinka monta lemmikkiä tai mielikuvitusystävää lapset olivat maininneet sosiaaliseen verkostoonsa, vaan ainoastaan se oliko lapsi maininnut sosiaaliseen verkostoonsa lemmikin tai mielikuvitusystävän. Nämä muuttujat otettiin kuitenkin yhtenä ”ihmissuhteena” mukaan lasten perheen ulkopuolisten ihmissuhteiden määrää kuvaavaan verkostoon ja ydinverkostoon sekä lasten kokonaisverkoston kokoa kuvaavaan verkostoon. Lasten lemmikeille ja mielikuvitus-

ystäville olisi kuitenkin voitu antaa suurempi rooli tutkimuksessa, mikäli tiedot lasten mainitsemista lemmikkieläimistä ja mielikuvitusystävistä olisivat olleet täsmällisempiä. Myös ydinverkoston ihmissuhteiden määrä olisi lapsilla saattanut olla suurempi, mikäli kaikki erittäin läheiset (lasta lähimmällä kehällä olevat) perheen ulkopuoliset lapset ja aikuiset olisi koodattu tutkimuslomakkeelle. Koska vain lapselle kaikista läheisimmän yhden perheen ulkopuolisen aikuisen ja lapsen läheisyys oli merkattuna sosiaalisten verkostojen tutkimuslomakkeelle, ei ollut mahdollista saada tarkkaa tietoa lapsille läheisimpien ihmissuhteiden todellisesta määrästä. Usein lapset olivat maininneet läheisimmiksi ihmissuhteiksi perhesuhteita eivätkä perheen ulkopuolisia ihmissuhteita, joten siinä mielessä ydinverkoston kokoa voidaan kuitenkin pitää melko luotettavana.

Kaiken kaikkiaan lasten sosiaalisen verkoston maalitauludiagrammamittauksista voidaan pitää onnistuneena kuitenkin sikäli, että maalitauludiagrammamittauksessa käytettiin tiedonantajina lapsia itseään onnistuneesti. Maalitauludiagrammamittauksessa oli otettu huomioon myös lasten kehityksellinen konteksti nimenomaan lasten kognitiivisen kehityksen suhteen käyttämällä mittauksessa apuna paperinukkeja, jotka esittivät konkreettisesti lasten sosiaalisen verkoston mahdollisia ihmissuhteita. Lasten maalitauludiagrammamittaus kertoi jotakin siitä, millaisena 5–6 -vuotiaat lapset itse kokivat sosiaaliset verkostonsa. Esimerkiksi Francon ja Levittin mukaan (1997) lapsille soveltuvaa maalitauludiagrammamittauksista voidaan pitää luotettavana ainakin vanhempien ja lasten tutkimustulosten vertailun pohjalta. Franco ja Levitt vertasivat lasten sosiaalisesta verkostosta sosiaalisen saattueen – mallin avulla saatuja tutkimustuloksia käyttämällä informanteina sekä lapsia itseään, että lasten vanhempia ja saivat tutkimustulokseksi korkean luotettavuuden .62 -.80. lasten sosiaalisen verkoston rakennetta koskeviin osioihin. (Franco & Levitt 1997, 297.)

CBCL- mittarin käyttö lasten hyvinvoinnin mittarina onnistui tutkimuksessa melko hyvin. Tietenkin oman kritiikkinsä myös tämän mittariston käyttö lasten hyvinvoinnin mittarina ansaitsee. Koska CBCL- mittari on alun perin tarkoitettu lasten emotionaalisten ongelmien ja käyttäytymishäiriöiden kartoittamiseen kenttätöissä, sen käyttöön yleisenä lasten hyvinvoinnin mittarina liittyy tiettyjä ongelmia. Yksi ongelma liittyy siihen, että CBCL-mittarin avulla tarkasti sen määrittäminen kuka lapsista voi hyvin ja kuka huonosti on vain keskimääräisiin CBCL-pisteisiin perustuva arvio. CBCL -pisteitä olisi mahdollista käyttää myös normaalijakaumaan perustuvaan paljon oireilevien lasten tarkan klinisen raja-arvon määrittämiseen, mutta tässä tutkielmassa niin ei voitu tehdä, sillä paljon oireilevia lapsia oli aineistossa suhteellisesti pieni määrä, kuten on odotettavaa olevan myös perusjoukossa. Aineisto olisi silloin pitänyt kerätä niin, että olisi tutkittu nimenomaan paljon ja vähän oireilevia lapsia, eikä vain otosta lapsipopulaatiosta. Toisaalta tutkimuksen päätehtävä ei ollut määrittää lasten oireilua tarkkojen klinisten raja-arvojen perusteella, vaan kertoa lasten

keskimääräisestä hyvinvoinnista. Se että yksittäisten oireulottuvuuksien jakaumat olivat vinoja, kertoo siitä, että aineistossa oli ”paljon oireilevia” lapsia suhteellisen vähän. Jotta aineisto olisi mahdollistanut tarkempien parametristen tilastollisten menetelmien käytön, olisi otoksen pitänyt olla vielä suurempi normaalijakautuneisuuden takaamiseksi.

Toinen ongelma liittyy puolestaan siihen, mitä CBCL -mittaus lasten hyvinvoinnista kertoo. CBCL -mittausta arvioitaessa täytyy ottaa huomioon, että se on ensinnäkin lasten vanhempien arvio lasten käyttäytymisestä ja hyvinvoinnista, ja toiseksi, että siinä lasten käyttäytymisen piirteet on psykologisten testien tapaan tiivistetty tietyiksi oirefaktoreiksi, jotka kuvaavat lasten hyvinvointia. Miten hyvin lapset voivat, määrittyy näiden kahden CBCL-kyselylomakkeeseen ja tietojen analysointiin liittyvän tekijän kautta. Todellisuus saattaa kuitenkin jossain määrin poiketa vanhempien arvioista ja faktorianalyysin perusteella lasketuista oireulottuvuuksien pistemäärien antamista tiedoista. Esimerkiksi vanhempi, joka hoitaa lastansa kotona, pystyy antamaan hyvin tietoa lapsensa käyttäytymisestä ja psyykkisestä oireilusta. Kuitenkaan aina vanhemmat eivät välttämättä pysty antamaan lapsen oireilusta ja käyttäytymisestä sellaista tietoa, joka vastaisi todellisuutta ja tällöin CBCL-mittauksen tulokset vääristyvät. Vanhempi saattaa esimerkiksi vähätellä lapsen oireilua ja käyttäytymisen häiriöitä tai pitää oireilua ja käyttäytymisen häiriöitä paljon vakavempina kuin ne todellisuudessa ovat. Thomas Achenbachin CBCL/1991 mittaus on kuitenkin validiteetiltään hyvä ja paljon sekä kansainvälisesti että Suomessa käytetty lasten hyvinvoinnin mittari, joten tässä suhteessa tutkimustuloksia voidaan pitää kuitenkin melko luotettavina. (Achenbach 1991.)

Sukupuolen ja iän mukaan standardoidut CBCL-t pisteiden jakaumat ja verkostomuuttujien jaottelu suppeaan, keskikokoiseen ja suureen verkostoluokkaan aiheuttivat myös ongelman tutkittaessa lasten sukupuolen yhteyttä lasten oireiluun lasten sosiaalisen verkoston muuttujien suppeassa, keskikokoisessa ja suurissa verkostoluokissa kaksisuuntaisen varianssianalyysin avulla. Kaksisuuntainen varianssianalyysi onnistui hyvin lasten hyvinvointia kokonaisuutena kuvaavien lasten oireilun kokonaisesiintyvyyttä, emotionaalista kokonaisoireilua ja käyttäytymishäiriöiden kokonaisoireilua kuvaavien CBCL-muuttujien osalta, mutta yksittäisten CBCL-oireulottuvuuksien (vetäytyminen, ahdistuneisuus/masentuneisuus, somaattinen oirehdinta, ajattelun häiriöt, tarkkaavaisuuden vaikeudet, aggressiivinen käytös ja sääntöjä rikkova käytös) t-pisteiden jakaumat eivät olleet normaalisti jakautuneita, joten kaksisuuntainen varianssianalyysi ei soveltunut testausmenetelmäksi. Näin ollen tutkielmassa tutkittiin sukupuolen yhteys lasten oireiluun ja sosiaalisten verkostojen kokoon ainoastaan lasten oireilua kokonaisuutena kuvaavien CBCL-muuttujien osalta. Tutkimustuloksista kävi ilmi, että sukupuolella ei ollut omana muuttujanaan yhteyttä lasten oireilun keskiarvoiseen määrään sosiaalisen verkoston kokoa kuvaavissa luokissa, mutta yhdysvaikutus sosiaali-

sen verkoston koolla ja sukupuolella oli havaittavissa lasten oireiluun ydinverkoston kokoa ja perheen ulkopuolisten aikuisten määrää kuvaavien verkostomuuttujien osalta.

Tutkimustuloksia yleistettäessä on myös otettava huomioon mahdollisten ”kolmansien tekijöiden” vaikutus tutkimustuloksiin. Vaikka tutkimustuloksista kävikin ilmi, että sosiaalisen verkoston rakenteeseen ja kokoon liittyvät ominaisuudet olivat yhteydessä lasten oireiluun, voidaan kuitenkin ajatella, että jokin ”kolmastehtävä” selittää lasten oireilua lasten sosiaalisten verkostojen rakenteellisten ja kokoon liittyvien ominaisuuksien lisäksi. Tällaisia ovat esimerkiksi lasten kasvuympäristössä ilmenevät asiat. Tutkimus ei perehdy esimerkiksi siihen, millaiset mahdollisuudet lapsilla on mainita sosiaaliseen verkostoonsa ihmissuhteita ja missä määrin. Tämä tulee esille siinä, että tutkimuksessa ei oteta huomioon lasten sosiaalisten suhteiden taustatekijöitä, jotka vaikuttavat siihen, millaiset mahdollisuudet lapsilla on kokea esimerkiksi isovanhempansa läheisiksi ja kuuluvaksi sosiaaliseen verkostoonsa. Jollain lapsella saattaa olla olemassa vain kaksi isovanhempaa ja toisella taas kaikki neljä. Jonkun isovanhemmat saattavat asua hyvin kaukana ja toisen taas naapuritalossa. Näin ollen on selvää, että tällaiset asiat vaikuttavat siihen, kuinka monta isovanhempaa lapsella on mahdollisuus nimetä kuuluvaksi sosiaaliseen verkostoonsa ja millaisia vaikutuksia isovanhempien määrällä on lasten hyvinvointiin. Lapsen sosiaalisen verkoston isovanhempien määrä, kuten muidenkin sosiaalisten suhteiden määrä, on kuitenkin lapsen oma subjektiivinen kokemus hänelle tärkeiden ihmisten olemassaolosta. Jos lapsi ei mainitse sosiaaliseen verkostoonsa kuin yhden isovanhemman, vaikka heitä olisi kaksi, kertoo se jotakin isovanhempien merkityksestä lapsen elämässä.

Lasten sosiaalisen verkoston kokoa ja rakennetta kuvaavat verkostomuuttujat olisi voitu jaotella toisellakin tavalla, jolloin tutkimustulokset olisivat voineet olla erilaisia ja helpommin jäsenneltäviä. Myös CBCL-mittausta voidaan pitää vain yhtenä mahdollisena tapana tutkia lasten hyvinvointia, eikä se välttämättä kuvaa lasten hyvinvointia absoluuttisena totuutena, vaan vanhempien subjektiivisina arvioina lapsen käyttäytymisestä ja hyvinvoinnista. Lisäksi tutkimustuloksia arvioitaessa on otettava huomioon kolmansien tekijöiden vaikutus tutkimustuloksiin. Tutkimustuloksiin tuleekin suhtautua kriittisesti niin, että ne kertovat jotakin mahdollisesta todellisuudesta ottaen huomioon tutkimuksessa käytetyt tutkimusmenetelmät ja tutkimuksen tekemisen kriteerit. Uskon, että parhaimmillaankaan tutkimuksen tieto ei koskaan voi olla täysin objektiivista tutkijasta, käytetyistä tutkimuksen kriteereistä ja tutkimusmenetelmistä täysin riippumatonta. Tutkimustulokset kertovat kuitenkin käytetyt mittarit ja tutkimuksen kriteerit huomioon ottaen 5–6-vuotiaiden lasten sosiaalisten verkostojen ja hyvinvoinnin välisestä yhteydestä, ja siitä miten sosiaalisen verkoston koko ja rakenne mahdollisesti vaikuttavat lasten hyvinvointiin myös populaation tasolla.

## 7.2 Sosiaalisen verkoston rakenteen ja koon yhteys lasten oireiluun

Seuraavaksi tutkimustuloksia vedetään yhteen, hahmotetaan kokonaiskuvaa, joka 5–6-vuotiaiden lasten sosiaalisen verkoston rakenteesta ja koosta sekä niiden yhteydestä lasten hyvinvointiin tutkimustulosten perusteella hahmottuu ja pohditaan mistä tutkimustulokset mahdollisesti kertovat. Yhteenvedoa tuloksista on esitetty alla olevassa taulukossa 12.

**Taulukko 12. Yhteenvedoa tuloksista**

verkostomuuttuja	tilastollinen yhteys lasten sosiaalisen verkoston koon ja oireilun välillä (*)= lähes merkitsevä yhteys (**)= merkitsevä yhteys (***)= erittäin merkitsevä yhteys (•)= (p<0.10) tilastollisesti likimain lähes merkitsevä yhteys (0.05)	oireilun keskiarvoisen määrän jakautuminen verkostoluokkien välille sr= suuri verkosto ke= keskikokoinen verkosto sp= suppea verkosto  (1)= vähiten oireilua (2)= toiseksi vähiten oireilua (3)= eniten oireilua /= saman verran oireilua (/)= melko lailla saman verran oireilua (suluissa järjestys)	verkoston koon ja sukupuolen yhdysvaikutus lasten oireiluun (*)=lähes merkitsevä yhteys (**)= merkitsevä yhteys (***)=erittäin merkitsevä yhteys (•)= (p<0.1) tilastollisesti likimain lähes merkitsevä yhteys
kokonaisverkoston koko	vetäytyminen*	ke(1)/ sr(2), sp(3)	
	somaattinen oireilu •	sp/ke, sr(3)	
perheverkoston koko	vetäytyminen *	sr(1), ke(2), sp(3)	
	somaattinen oireilu*	sr(1), ke(2), sp(3)	
	ahdistus/masennus*	sr(1), ke(2)/sp(3)	
	emotionaalinen kokonaisoireilu **	sr(1), ke(2), sp(3)	
	tarkkaavaisuuden vaikeudet •	sp(1), sr(2), ke(3)	
	oireilun kokonaisesiintyvyys*	sr(1), ke(2)/sp(3)	
sisarusten määrä	vetäytyminen*	sr(1), ke(2), sp(3)	
	somaattiset oireet*	sr(1) ke(2), sp(3)	
	emotionaalinen kokonaisoireilu*	sr(1), ke(2), sp(3)	
	oireilun kokonaisesiintyvyys*	sr(1), ke(2)/sp(3)	
ydinverkosto	vetäytyminen*	sr(1), ke(2), sp(3)	käyttäytymishäiriöt •
	ahdistus/masennus*	sr(1)/ke(2), sp(3)	
	säättöjä rikkova käytös*	sr/ke, sp(3)	
	aggressiivisuus*	sr(1)/ke(2), sp(3)	
	käyttäytymishäiriöiden kokonaisoireilu*	sr(1)/ke(2), sp(3)	
	oireilun kokonaisesiintyvyys •	sr(1)/ke(2), sp(3)	
perheen ulkopuolisen verkoston koko	vetäytyminen •	ke(1)/sr(2), sp(3)	
	somaattiset oireet*	ke(1)/sp(2), sr(3)	
isovanhempien määrä	somaattiset oireet*	ke(1)/sp(2), sr(3)	
perheen ulkopuolisten lasten määrä	vetäytyminen**	ke(1)/sr(2), sp(3)	
	somaattiset oireet*	ke(1)/sp(2), sr(3)	
	ahdistus/masennus**	ke(1), sr(2)/sp(3)	
	emotionaalinen kokonaisoireilu **	ke(1), sr(2)/sp(3)	
	ajattelun häiriöt**	ke(1), sp(2)/sr(3)	
	sääntöjä rikkova käytös**	ke(1), sr(2)/sp(3)	
perheen ulkopuolisten aikuisten määrä	somaattiset oireet •	ke(1), sp(2), sr(3)	oireilun kokonaisesiintyvyys*
	ajattelun häiriöt*	sp(1), ke(2), sr(3)	emotionaalinen kokonaisoireilu •
			käyttäytymishäiriöiden kokonaisoireilu*

Lasten sosiaalisen verkoston rakennetta ja kokoa kuvaavat verkostomuuttajat olivat yhteydessä etenkin lasten emotionaalisen oireiluun. Lähes kaikki lasten sosiaalisen verkoston kokoa kuvaavista verkostomuuttajista olivat yhteydessä sosiaalisesta vuorovaikutuksesta vetäytymistä ja somaattista oireilua kuvaaviin oireulottuvuuksiin (tai jompaankumpaan oireulottuvuuteen). Lisäksi perheverkoston koko, ydinverkoston koko ja perheen ulkopuolisten lasten määrä olivat yhteydessä myös lasten ahdistuneisuuteen/masentuneisuuteen, ja perheverkoston koko, sisarusten määrä sekä perheen ulkopuolisten lasten määrä olivat yhteydessä lasten emotionaaliseen kokonaisuireulottuvuuteen.

Lasten sosiaalisen verkoston perhesuhteiden ja läheisimpien ihmissuhteiden lisääntyminen vähensi lasten emotionaalista oireilua (emotionaalisella kokonaisuireulottuvuudella, vetäytymistä, somaattista oireilua ja ahdistuneisuutta/masentuneisuutta kuvaavilla oireulottuvuuksilla.) Näin ollen yleistään voidaan todeta, että lasten sosiaalisen verkoston perhesuhteiden ja lähimpien ihmissuhteiden suuri määrä lisää lasten emotionaalista hyvinvointia. Puolestaan se, että lapsilla ei ollut liikaa tai liian vähän perheen ulkopuolisia ihmissuhteita sosiaalisessa verkostossaan lisäsi lasten emotionaalista hyvinvointia (edellä mainituilla emotionaalisella oireilua kuvaavilla oireulottuvuuksilla) ja vastaavasti liian suuri tai vähäinen perheen ulkopuolisten ihmissuhteiden määrä vähensi lasten emotionaalista hyvinvointia.

Lapset vetäytyivät sosiaalisesta vuorovaikutuksesta selkeästi eniten silloin, kun heidän perheen ulkopuolisen verkostonsa rakenteet olivat suppeita. Mahdollinen selitys sille miksi näin tapahtui, on se, että sosiaalisesta vuorovaikutuksesta vetäytyvät lapset muodostavat vähemmän perheen ulkopuolisia sosiaalisia suhteita. Toisaalta voidaan myös ajatella, että suppea perheen ulkopuolinen verkosto itsessään ”altistaa” lapsia sosiaalisesta vuorovaikutuksesta vetäytymiselle, koska lapsilla on tällöin elinympäristössään mahdollisuus olla sosiaalisessa vuorovaikutuksessa vain harvojen perheen ulkopuolisten ihmisten kanssa.

Somaattista oireilua oli lapsilla eniten puolestaan silloin, kun heidän perheen ulkopuolisen verkostonsa rakenteet olivat suuria. Mahdollisesti somaattinen oireilu näin ollen lisääntyi eniten siinä tapauksessa, kun lapset olivat vuorovaikutuksessa useiden perheen ulkopuolisten ihmisten kanssa. Lasten ahdistuneisuus/masentuneisuus lisääntyi heidän sosiaalisen verkostonsa perheen ulkopuolisten lasten määrän ollessa suuri tai suppea. Saattaa olla, että lasten ahdistuneisuutta/masentuneisuutta lisäsi puolestaan se, että heillä ei joko ollut mahdollisuutta olla tekemisissä perheen ulkopuolisten lasten kanssa tai se, että perheen ulkopuolisia lapsia oli heidän elinympäristössään liikaa.

Voidaan ajatella, että lasten perheen ulkopuolisten ihmissuhteiden suuri määrä lasten sosiaalisessa verkostossa saattaa johtua siitä, että lapsilla on kasvuympäristössään, mahdollisuus olla tekemisissä useiden perheen ulkopuolisten lasten kanssa. Tällaisia kasvuympäristöjä ovat esimerkiksi lasten päivähoito tai kerho. Tällöin erilaisten kasvuympäristöjen ajatellaan olevan lasten sosiaalisen verkoston muotoutumisprosessin ja oireilun taustalla. Näin ollen kolmannen selittävän tekijän (lasten erilaisen kasvuympäristön) ajatellaan vaikuttavan lasten sosiaalisen verkoston kokoon ja rakenteeseen sekä lasten oireiluun. Lasten kasvuympäristöön liittyvät tulkinnat ovat kuitenkin sikäli täysin oletusten varassa, että tämä tutkimus ei ota huomioon lasten erilaisten kasvuympäristöjen vaikutusta lasten oireilun ja sosiaalisen verkoston muotoutumisprosessin taustalla.

Ainoastaan perheen ulkopuolisten aikuisten ja lasten määrä sekä perheverkoston koko olivat yhteydessä yksittäisiin kognitiivis-sosiaalisiin oireulottuvuuksiin. Selkeää säännönmukaisuutta ei lasten kognitiivis-sosiaalisen oireilun osalta havaittu. Perheen ulkopuolisten aikuisten ja lasten määrä olivat yhteydessä vähintään lähes merkitsevästi ajattelun häiriöihin ja perheverkoston koko oli likimain lähes merkitsevästi yhteydessä tarkkaavaisuuden häiriöihin. Perheen ulkopuolisten lasten määrän ollessa keskikokoinen, lasten ajattelun häiriöt vähenivät. Silloin, kun perheen ulkopuolisten lasten määrä oli suppea tai suuri, lasten ajattelun häiriöt lisääntyivät. Puolestaan perheen ulkopuolisten aikuisten määrän lisääntyessä, myös lasten ajattelun häiriöt lisääntyivät. Mielenkiintoista onkin huomata, että lasten ajattelun häiriöt vähenivät perheen ulkopuolisten aikuisten määrän ollessa suppea, mutta samaa ei havaittu perheen ulkopuolisten lasten osalta, sillä keskikokoinen perheen ulkopuolisten lasten määrä vähensi lasten ajattelun häiriöitä eniten. Tämä saattaa mahdollisesti johtua siitä, että lasten sosiaalisen verkoston perheen ulkopuolisten aikuisten suppea määrä tai sellainen elinympäristö, jossa perheen ulkopuolisia aikuisia on suppea määrä ”suojaa” lapsia enemmän ajattelun häiriöiltä kuin suppea perheen ulkopuolisten lasten määrä. Perheen ulkopuolisia lapsia olisi hyvä olla lasten sosiaalisessa verkostossa tai lasten elinympäristössä keskikokoinen määrä, jotta lapsilla olisi ajattelun häiriöitä vähän.

Lasten perheverkoston ollessa suppea, lapsilla oli vähiten tarkkaavaisuuden vaikeuksia. Lasten tarkkaavaisuuden vaikeudet lisääntyivät jonkin verran silloin, kun lasten perheverkosto oli suuri ja eniten lasten perheverkoston ollessa keskikokoinen. Tarkkaavaisuuden vaikeudet muodostavatkin poikkeuksen lasten oireilun suhteen sikäli, että perheverkoston koon kasvu vähensi lasten oireilua kaikilla muilla oireulottuvuuksilla. Tarkkaavaisuuden vaikeuksia lapsilla oli vähiten nimenomaan siinä tapauksessa, kun heidän perheverkostonsa oli suppea. Saattaa siis olla, että lapsen suppea perheverkosto ”suojaa” lasta tarkkaavaisuuden vaikeuksilta, koska lapsen ei tarvitse jakaa huomiotaan monelle perheenjäsenelle. Tarkkaavaisuuden vaikeuksien vähäinen määrä voi myös johtua



siitä, että lapsen vanhemmat arvioivat lapsella olevan vähemmän tarkkaavaisuuden vaikeuksia, sillä he voivat kiinnittää huomionsa lapseensa paremmin. Huomioitavaa on, että tämä tutkimus ei kuitenkaan sinänsä perehdy siihen ketä lapsen perheeseen kuuluu. Näin ollen lasten sosiaalisen verkoston perheen jäsenien määrä on ainoastaan lapsen subjektiivinen kokemus hänen sosiaaliseen verkostoonsa kuuluvista perheenjäsenistä. Toisaalta voidaan ajatella, että perheenjäsenten määrä lasten sosiaalisessa verkostossa heijastelee myös lasten todellista perhetilannetta.

Lasten ydinverkoston koolla oli suuri merkitys lasten hyvinvointiin. Lasten ydinverkoston ihmissuhteiden määrä oli emotionaalisen oireilun lisäksi tilastollisesti yhteydessä sekä lasten käyttäytymishäiriöiden kokonaisoireulottuuteen että käyttäytymishäiriöiden yksittäisiin oireulottuuksiin eli aggressiivista- ja sääntöjä rikkovaa käytöstä kuvaaviin CBCL-muuttujiin. Tämä on mielenkiintoista sikäli, että muilla lasten sosiaalisen verkoston kokoa kuvaavilla verkostomuuttujilla tällaista yhteyttä lasten käyttäytymishäiriöihin ei havaittu. Ydinverkoston ollessa suppea lapset oireilivat eniten. Lasten ydinverkosto ollessa keskikokoinen tai suuri, lasten oireilun väheni lähes yhtä paljon. Silloin kun lasten ydinverkosto oli suuri, lapset oireilivat kuitenkin vähiten. Aikaisemmissa kiintymyssuhdetutkimuksissa on todettu, että läheisten ihmisten suuri määrä edesauttaa lasten hyvinvointia (Antonucci 1994; Arend, Gove & Sroufe 1979; Grossmann & Grossmann 1991; Hamilton 2000; Magai 2001; Marvin & Britner 1999; ref. Antonucci ym. 2004, 354). Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan kuitenkin ajatella, että keskikokoinen ydinverkosto mahdollisesti ”riittää” jo tyydyttämään lapsen hyvinvointiin olennaisesti liittyviä tarpeita, vaikka suuri ydinverkosto lisääkin lasten hyvinvointia eniten. Tärkeintä lasten hyvinvoinnin kannalta näyttäisi olevan se, että lasten tärkeimpien ihmissuhteiden määrä, ei lasten sosiaalisessa verkostossa ole vähäinen. Lasten ulkoisen käyttäytymisen tasolla näkyvät ongelmat saattavat kertoa jotakin lasten tyydyttämättömästä huomion ja rakkauden tarpeesta, joka tulee esille lapsen aggressiona ja käyttäytymishäiriöinä suhteessa lapsen ulkoiseen ympäristöön. Onkin mahdollista, että lasten ydinverkoston lapselle tärkeimpien ihmissuhteiden vähintään keskikokoinen määrä suojaa lasta aggressiolta ja sääntöjä rikkovalta käytökseltä tämän vuoksi, sillä ydinverkoston ollessa vähintään keskikokoinen, lapsi mahdollisesti kokee huomion ja rakkauden tarpeensa paremmin tyydytetyksi kuin silloin, kun ydinverkosto on suppea.

Perheen ulkopuolisten lasten määrä oli vähintään tilastollisesti lähes merkitsevästi yhteydessä lasten sosiaalisen verkoston perheen ulkopuolisista ihmissuhteista lukumäärältään useimpiin lasten hyvinvointia kuvaaviin CBCL-muuttujiin. Emotionaalisen oireilun lisäksi perheen ulkopuolisten lasten määrä oli tilastollisesti yhteydessä myös sääntöjä rikkovaan käytökseen ja ajattelun häiriöihin. Voidaankin todeta, että lasten ystävyysuhteilla on heidän hyvinvointinsa kannalta suuri merkitys

myös tämän tutkimuksen tutkimustulosten perusteella. Esimerkiksi Salmivallin (2005, 36–37) mukaan vertaissuhteilla on lasten hyvinvointia edistävä merkitys useiden poikkileikkaustutkimusten mukaan. Ystävyyssuhteet suojasivat lasta muun muassa perheongelmilta ja toimivat näin ollen lasten hyvinvointia lisäävänä tekijänä.

5–6-vuotiaiden lasten sosiaalisen verkoston rakenteellisten ominaisuuksien voidaan ajatella myös heijastelevan lapsille tyypillistä ikävaihetta ja kehityksellistä kontekstia. Sosiaalisen saattueen sosiaaliset suhteiden on todettu muuttuvat elämänkaaren aikana käyräviivaisesti niin, että pienillä lapsilla on suhteellisesti vähän sosiaalisia suhteita sosiaalisessa saattueessaan, jotka kuitenkin lisääntyvät ajan myötä keskilapsuuteen siirryttäessä elämän piirin laajetessa myös kodin ulkopuolelle (Antonucci ym. 2004, 354–355.) Se, että lapset mainitsivat perheen ulkopuoliseen verkostoonsa suhteellisen paljon perheen ulkopuolisia lapsia, kertoo varmasti jotakin myös 5–6-vuotiaiden lasten kehityksellisestä kontekstista. Voisi ajatella, että tässä isässä lasten vertaisten merkitys heidän sosiaalisessa ympäristössään korostuu. Näin ollen on luonnollista ajatella, että lasten sosiaalisen verkoston ystävyyssuhteilla ja niiden määrällä on myös lasten hyvinvoinnille sitä suurempi merkitys, mitä lähemmäksi lapset tulevat kouluikää. (ks. esim. Levitt 2005, 37)

Tutkimustuloksista käy ilmi, että lapset, joiden perheen ulkopuolisten lasten määrää kuvaava sosiaalinen verkosto oli kooltaan keskikokoinen, voivat parhaiten. Näin ollen lasten ystävyyssuhteiden suuri määrä lasten sosiaalisissa verkostoissa ei kuitenkaan automaattisesti lisännyt lasten hyvinvointia, vaan lasten hyvinvoinnin kannalta oleellista näytti olevan, että lapsilla ei ollut liikaa tai liian vähän ystävyyssuhteita sosiaalisessa verkostossaan. Tämän kaltaiset tutkimustulokset saattavat liittyä myös siihen, millaiset edellytykset lapsilla on mainita sosiaaliseen verkostoonsa ystävyyssuhteita. Jos lapsi on esimerkiksi päivähoidossa, hänellä saattaa olla edellytykset mainita sosiaaliseen verkostoonsa enemmän ystävyyssuhteita, kuin silloin kun lasta hoidetaan kotona. Päiväkotiympäristö saattaisi tässä tilanteessa toimia lasten hyvinvoinnin yhtenä selittäjänä. Kuten jo edelläkin todettiin, tällaiset tulkinnat ovat tämän tutkimuksen perusteella täysin oletusten varassa sikäli, ettei tässä tutkimuksessa perehdytty niihin edellytyksiin, joita lapsilla on siihen, ketä he sosiaaliseen verkostoonsa mainitsevat ja missä määrin.

Lasten sosiaalisen verkoston perheen ulkopuolisilla ihmissuhteilla (lukuun ottamatta perheen ulkopuolisten lapsia) ja kokonaisverkoston koolla oli puolestaan yllättävän vähän merkitystä lasten hyvinvointiin. Lasten sosiaalisen verkoston perheen ulkopuolisen verkoston koko ja kokonaisverkoston koko olivat vähintään likimain lähes merkitsevästi yhteydessä ainoastaan lasten somaattiseen oireiluun ja vetäytymiseen. Puolestaan lasten sosiaalisen verkoston isovanhempien määrä oli

yhteydessä lähes merkitsevästi ainoastaan lasten somaattiseen oireiluun ja perheen ulkopuolisten aikuisten määrä oli lähes merkitsevästi yhteydessä ainoastaan lasten ajattelun häiriöihin ja likimain lähes merkitsevästi yhteydessä lasten somaattisiin oireisiin. Voidaankin todeta, että perheen ulkopuolisten verkostojen koko, isovanhempien määrä ja kokonaisverkoston koko olivat yhteydessä lähes samoihin lasten oireilua kuvaaviin oireulottuvuuksiin. Näin ollen näillä sosiaalisen verkoston ominaispiirteillä oli merkitystä nimenomaan lasten sosiaalisesta vuorovaikutuksesta vetäytymiseen ja somaattiseen oireiluun.

Silloin, kun lapsilla oli 3–4 isovanhempaa sosiaalisessa verkostossaan, heillä oli enemmän somaattista oireilua, verrattuna tilanteeseen, jossa lasten sosiaalinen verkosto sisälsi vain 1–2 isovanhempaa tai tilanteeseen, jossa lapsilla ei ollut isovanhempia sosiaalisessa verkostossaan lainkaan. Tämä on yllättävää sillä arkitajuisesti isovanhempien suuren määrän voisi ajatella ”suojaavan” lasta somaattiselta oireilulta ja toimivan lasten hyvinvointia edistävänä sosiaalisen verkoston rakenteellisena ominaispiirteenä. Toisaalta myös Lahikaisen ym. tutkimuksessa isovanhempien määrä väheni Suomessa tilastollisesti merkitsevästi vuodesta 1995 vuoteen 2003 (Lahikainen ym. 2012.) Saattaa olla, että isovanhempien merkitys lasten elämässä on todella pienentynyt ajan kuluessa. Pitää myös ottaa huomioon se, että tämä tutkimus ei sinänsä perehdy niihin lasten sosiaalisten suhteiden taustatekijöihin, jotka vaikuttavat siihen millaiset mahdollisuudet lapsilla on kokea isovanhempansa läheisiksi ja kuuluvaksi sosiaaliseen verkostoonsa. Jollain lapsella saattaa esimerkiksi olla olemassa vain kaksi isovanhempaa ja toisella taas kaikki neljä. Jonkun isovanhemmat saattavat asua hyvin kaukana ja toisen taas naapuritalossa. Onkin selvää, että tällaiset asiat vaikuttavat siihen kuinka monta isovanhempaa lapsella on mahdollisuus nimetä kuuluvaksi sosiaaliseen verkostoonsa ja millaisia vaikutuksia isovanhempien määrällä on lasten hyvinvointiin. Lapsen sosiaalisen verkoston isovanhempien määrä on kuitenkin lapsen oma subjektiivinen kokemus hänelle tärkeiden ihmisten olemassaolosta. Jos lapsi ei mainitse sosiaaliseen verkostoonsa kuin yhden isovanhemman, vaikka heitä olisi kaksi, tämä kertoo varmasti jotakin isovanhempien merkityksestä lapsen elämässä.

Lasten sosiaalisen verkoston rakennetta ja kokoa kuvaavista verkostomuuttujista ainoastaan perheverkoston koko ja sisarusten määrä olivat yhteydessä lähes merkitsevästi ja ydinverkoston koko likimain lähes merkitsevästi lasten oireilun kokonaisesiintyvyyteen. Voidaankin ajatella, että lasten sosiaalisen verkoston kokoa ja rakennetta kuvaavista ominaispiirteistä ainoastaan perhesuhteilla ja lähimmillä ihmissuhteilla on merkitystä lasten hyvinvointiin kokonaisvaltaisesti. Tämä tarkoittaa sitä, että lasten sosiaalisen verkoston perhesuhteet ja ydinverkoston ihmissuhteet olivat yhteydessä moniin lasten oireilua kuvaaviin oireulottuvuuksiin. Mahdollisesti perhesuhteet ja kaikista tärkeim-

mät ihmissuhteet ovat lapselle sellaisia, jotka vaikuttavat heidän hyvinvointiin kokonaisvaltaisesti. Esimerkiksi Lahikaisen ym. (2012) tutkimuksessa todettiin, että lapsen perhesuhteet olivat lapsille hyvin tärkeitä. Myös esimerkiksi aikaisemmassa kiintymyssuhteisiin liittyvässä teoriaperinteessä lapsen perhesuhteiden ja kiintymyssuhteiden ajatellaan vaikuttavan lapsen hyvinvointiin. (ks. esim. (Bowlby 1969, 1973, 1980.)

Pyrin tutkimuksessani vastaamaan kysymykseen ovatko 5–6-vuotiaiden lasten sosiaalisen verkoston koko ja rakenne yhteydessä lasten hyvinvointiin. Lasten sosiaalisen verkoston rakenne määräytyy tässä tutkimuksessa sen mukaan ketä lapset ovat maininneet sosiaaliseen verkostoonsa kuuluvaksi ja koko sen mukaan kuinka suuria lasten sosiaalisten verkostojen rakenteet ovat. Tutkimustulosten perusteella kävi ilmi, että 5–6-vuotiaiden lasten sosiaalisen verkoston koko ja rakenne olivat yhteydessä lasten hyvinvointiin lasten hyvinvointiin riippuen sosiaalisen verkoston rakenteellisista sekä sosiaalisen verkoston kokoon liittyvistä ominaispiirteistä. Samankaltaiset lasten sosiaalisen verkoston rakenteelliset ominaisuudet olivat myös samansuuntaisesti yhteydessä lasten hyvinvointia kuvaaviin oireulottuvuuksiin. Lasten sosiaalisen verkoston lähimpien ihmissuhteiden määrä (perheverkoston koko, sisarusten määrä ja ydinverkoston koko) olivat samansuuntaisesti yhteydessä lasten oireiluun niin, että lapsilla oli havaittavissa oireilua sitä enemmän, mitä vähemmän he olivat maininneet lähimpiä ihmissuhteita sosiaaliseen verkostoonsa. Perheen ulkopuolisten ihmissuhteiden määrä (perheen ulkopuolinen verkosto, perheen ulkopuoliset lapset ja aikuiset) olivat yhteydessä lasten oireiluun nimenomaan siten, että ne lapset, joilla oli keskikokoiset perheen ulkopuolisia ihmissuhteita kuvaavat sosiaalisen verkoston rakenteet, voivat paremmin kuin lapset, joiden perheen ulkopuolisia ihmissuhteita kuvaavat sosiaalisen verkoston rakenteet olivat joko suppeita tai suuria. Yleistäen voidaankin todeta, että 5–6-vuotiaiden lasten perheen ulkopuolisen verkoston rakenteiden keskikokoinen koko ja perheverkoston ja ydinverkoston suuri koko näyttäisivät lisäävän lasten hyvinvointia. Puolestaan perheen ulkopuolisten verkostojen suuri tai suppea koko ja perheverkoston sekä ydinverkoston suppea koko näyttäisivät lisäävän lasten pahoinvointia.

### **7.3 Tyttöjen ja poikien sosiaaliset verkostot ja hyvinvointi**

Kaksisuuntaisen varianssianalyysin mukaan lasten sukupuolella ja ydinverkoston koolla oli havaittavissa likimain lähes merkitsevä yhdysvaikutus lasten oireiluun. Tyttöillä oli havaittavissa sitä vähemmän käyttäytymishäiriöitä, mitä suurempi heidän ydinverkostonsa oli. Pojilla ydinverkoston suuri koko ei vähentänyt heidän käyttäytymishäiriöidensä määrää samalla tavalla kuin tytöillä. Pojilla vähiten käyttäytymishäiriöitä oli havaittavissa silloin, kun heidän ydinverkostonsa ei ollut liian suuri tai suppea vaan nimenomaan keskikokoinen. Saattaa olla, että lasten kasvuym-

päristössä erilaiset tärkeimpien ihmissuhteiden määrään liittyvät tekijät tytöillä ja pojilla toimivat lasten käyttäytymishäiriöiden taustalla. Vaikka kiintymyssuhde tutkimuksissa ei olekaan löydetty juuri sukupuolieroja, näitä eroja on löytynyt runsaasti kuitenkin sosiaalisista suhteista tehtyjen tutkimusten kentältä. Sosiaalisista suhteista tehtyjen tutkimusten mukaan naiset muodostaisivat enemmän intiimejä sosiaalisia suhteita ja olisivat enemmän sitoutuneita sosiaalisiin suhteisiinsa kuin miehet. (Acitelli & Antonucci 1994; Antonucci, Akiyama & Lansford 1998; ref. Antonucci ym. 2004, 355) Myös Antonuccin ym. (2004) Japanissa ja USA:ssa toteutetuissa tutkimuksissa selvisi, että naisten ja miesten ydinverkostot olivat erikokoisia. Naisten ydinverkoston todettiin heidän tutkimuksessaan olevan suurempi kuin miesten ydinverkoston. Antonucci ym. (emt, 354–355) olettivat, että sukupuolittaisia eroja näkyisi enemmän niiden sosiaalisten suhteiden kohdalla, jotka läheisyys ulottuvuudella sijoittuisivat hiukan etäämmäksi ihmisestä kuten ystävyys-suhteet, sukulais -suhteet, perheen ulkopuoliset aikuiset jne. Tämä oletus osoittautui heidän tutkimuksessaan kuitenkin vääräksi, sillä sukupuolieroja läheisyysulottuvuudella etäämpien ihmissuhteiden määrässä ei havaittu. Vaikka tässä tutkimuksessa suoranaista eroa tyttöjen ja poikien ydinverkoston koon suhteen ei havaittu, tämän tutkimuksen tulokset tukevat kuitenkin Antonuccin ym. tutkimuksen tuloksia, sikäli, että myös tässä tutkimuksessa erittäin läheisten sosiaalisen suhteiden määrän vaikutus tyttöjen ja poikien hyvinvointiin oli erilainen.

Myös lasten sosiaalisen verkoston perheen ulkopuolisten aikuisten määrä oli yhteydessä ainoastaan lasten somaattiseen oireiluun ja ajattelun häiriöihin. Lasten sukupuolella ja perheen ulkopuolisen verkoston aikuisten määrällä oli kuitenkin yllätyksellisesti lähes merkitsevä yhdysvaikutus lasten oireilun kokonaisesiintyvyyteen, likimain lähes merkitsevä yhdysvaikutus lasten emotionaaliseen oireiluun ja tilastollisesti merkitsevä yhdysvaikutus lasten käyttäytymishäiriöihin. Vaikka sukupuoli ja perheen ulkopuolisten aikuisten määrää kuvaavan sosiaalisen verkoston koko eivät yksittäin olleetkaan yhteydessä lasten emotionaaliseen oireiluun, käyttäytymishäiriöihin tai lasten hyvinvointia kokonaisuutena kuvaavaan lasten oireilun kokonaisesiintyvyyteen, lasten sukupuoli ja perheen ulkopuolisten aikuissuhteiden määrää yhdessä vaikuttivat kuitenkin lasten hyvinvointiin edellä mainituilla oireulottuvuuksilla. Tyttöjen hyvinvointia edisti kaksisuuntaisen varianssianalyysin perusteella nimenomaan suuri perheen ulkopuolisia aikuisten määrä ja poikien hyvinvointia puolestaan keskikokoinen perheen ulkopuolisten aikuisten määrä. Näin ollen poikien ja tyttöjen ero näyttäisi kaksisuuntaisen varianssianalyysin perusteella olevan samankaltainen myös lasten sosiaalisen verkoston perheen ulkopuolisten aikuisten määrän suhteen kuin lasten ydinverkoston ihmissuhteiden määrän suhteen. Saattaa siis olla, että pojilla nimenomaan keskikokoiset sosiaalisen ver-

koston rakenteet toimivat heidän hyvinvointiaan lisäävinä tekijöinä kun taas tytöillä sosiaalisen verkoston suuret rakenteet lisäävät heidän hyvinvointiaan.

Tyttöjen ja poikien sosiaalisen verkoston koko erosi vähintään lähes merkitsevästi toisistaan kokonaisverkoston kokoa, perheen ulkopuolisen verkoston kokoa, perheen ulkopuolisten lasten ja aikuisten määrää kuvaavilla verkostomuuttujilla. Lasten lähimpien ihmissuhteiden eli perheverkoston koon, sisarusten määrän ja ydinverkoston koon suhteen tytöt ja pojat eivät eronneet toisistaan, vaikka tytöt olivatkin maininneet kaikilla sosiaalisen verkoston kokoa kuvaavilla verkostomuuttujilla sosiaalisessa verkostonsa enemmän ihmissuhteita kuin pojat. Samanlaista eroa tyttöjen ja poikien sosiaalisen kokonaisverkoston koon välillä ei löydetty Lahikaisen ym. (2012) tutkimuksesta. Lahikaisen ym. tutkimuksessa todettiin, että 5–6-vuotiaat lapset nimesivät sosiaalisessa verkostonsa Suomessa 0–38 ihmissuhdetta. Keskimäärin lapset nimesivät sosiaalisessa verkostonsa Suomessa noin 15 ihmissuhdetta, joka on hiukan enemmän kuin Francon ja Levittin (1997) tutkimuksessa ilmennyt 11,7 ihmissuhdetta tai tässä tutkimuksessa ilmennyt 13 ihmissuhdetta. (Lahikainen ym. 2012: Franco & Levitt 1997.) Nämä erot saattavat selittää myös sen miksi Lahikaisen ym. ja tämän tutkimuksen tulokset erosivat tyttöjen ja poikien kokonaisverkoston koon vertailun osalta toisistaan. Kuten jo edellä todettiin, naisilla on aikaisempien tutkimusten pohjalta todettu olevan enemmän intiimejä sosiaalisia suhteita kuin miehillä, ja tämä käy ilmi myös tässä tutkimuksessa. (Acitelli & Antonucci 1994; Antonucci: Akiyama & Lansford 1998; ref. Antonucci ym. 2004, 355.) Myös Antonuccin ym. (emt.) oletus siitä, että miehillä ja naisilla olisi eroa nimenomaan sosiaalisen saattueen läheisyys-ulottuvuudella kaukaisempien ihmissuhteiden määrässä, näytti tämän tutkimuksen mukaan pitävän paikkansa. Mielenkiintoinen huomio on se, että tämän tutkimuksen mukaan sukupuolierot näkyvät lasten sosiaalisen verkoston perheen ulkopuolisen verkoston rakenteiden koossa ja kokonaisverkoston koossa lapsilla jo 5–6-vuoden iässä.

#### **7.4 Sosiaaliset verkostot lasten hyvinvoinnin kulmakivenä**

Tutkimustuloksista kävi ilmi, että 5–6-vuotiaiden lasten sosiaalisen verkoston rakenne ja koko olivat yhteydessä lasten hyvinvointiin riippuen sosiaalisen verkoston rakenteellisista sekä sosiaalisen verkoston kokoon liittyvistä ominaispiirteistä. Samankaltaiset lasten sosiaalisen verkoston rakenteelliset ominaisuudet olivat myös samansuuntaisesti yhteydessä lasten hyvinvointia kuvaaviin oireulottuvuuksiin. Herääkin kysymys miksi näin on? Mahdollinen selitys asialle saattaa olla se, että sosiaalisen verkostojen rakenteet ja rakenteiden erilainen koko palvelevat lasten hyvinvoinnin erilaisia tarpeita. Esimerkiksi ydinverkosto ja perheverkosto sisältävät paljon lasten hyvinvoinnille tärkeitä sosiaalisia suhteita, joiden suuri määrä edesauttaa luonnollisesti lasten hyvinvointia. Puoles-

taan liian suuri perheen ulkopuolinen verkosto on mahdollisesti sellainen, missä sosiaaliset suhteet koetaan jollain tapaa ”rasitteeksi” tai ”kaaokseksi”. Niitä on tällöin mahdollisesti yksinkertaisesti liikaa ottaen huomioon lasten kognitiiviset, kehitykselliset ja sosiaaliset kyvyt. Toisaalta perheen ulkopuolisen verkoston ollessa suppea lasten pahoinvointi lisääntyi, joten perheen ulkopuolisia ihmissuhteita ei saisi olla lasten sosiaalisessa verkostossa myöskään liian vähän. Liian suppea perheen ulkopuolinen verkosto ei mahdollisesti tarjoa tarpeeksi lapselle lasten kehityksen kannalta tärkeitä virikkeitä ja turvaa. Esimerkiksi kokonaisverkoston koko ei näyttänyt vaikuttavan lasten oireiluun selkeän säännönmukaisesti eikä sillä todettu olevan yhteyttä muuta kuin lasten somaattisten oireiden ja vetäytymisen esiintyvyyteen. Tämä johtui mahdollisesti siitä, että lasten ollen kokonaisverkoston koko sisältää itsessään monia lasten sosiaalisten verkostojen rakenteellisia ominaispiirteitä, jotka siten myös palvelevat lasten hyvinvoinnin erilaisia tarpeita. Toisaalta voidaan myös ajatella, että sosiaaliset verkostojen koko ei itsessään selitä lasten hyvinvointia, vaan sekä lasten hyvinvointiin, että sosiaalisen verkoston muotoutumisprosessiin vaikuttavat lasten erilaiset kasvuympäristöt. Tästä esimerkkinä voisi olla juuri lasten päivähoido, jonka voidaan helposti ajatella muokkaavan lapsen sosiaalista verkostoa ja vaikuttavan lapsen hyvinvointiin.

Eräs varsinkin psykiatriassa yleisesti käytetty yksilön hyvinvoinnin ja sosiaalisen ympäristön välistä suhdetta selittävä teoria on edellä esitetty Lazaruksen ja Folkmanin (1984) esittämä stressiteoria. Lazaruksen ja Folkmannin klassisen määritelmän mukaan ihmisen stressi reaktioissa on kysymys siitä, että sosiaalisen ympäristön ulkoiset ja yksilön sisäiset vaatimukset ja voimavarat ovat keskenään epäsuhdassa. Stressin synty edellyttääkin sosiaalisessa ympäristössä tilanne tekijöitä, jotka muodostuvat yksilöllisen reagoinnin kautta yksilölle stressitekijöiksi. (Lazarus & Folkman 1984, 21.) Esimerkiksi Samuelsson (1995) arvioi, että Lazaruksen ja Folkmanin stressiteorian viitoittamana useissa tutkimuksissa on osoitettu, että negatiivista stressiä aiheuttavassa elämäntilanteessa sosiaalinen verkosto toimii yksilön hyvinvointia vahvistavana tekijänä. Sosiaalinen verkosto nähdäänkin stressitutkimuksessa resurssina, joka auttaa yksilöä kohtaamaan negatiivista stressiä aiheuttavia tekijöitä ympäristössään. Tällöin sosiaalinen verkosto suojaa ihmisiä stressin epäsuotuisalta vaikutukselta vähentämällä ihmisten stressireaktioita. Esimerkiksi Weissin (1974) mukaan emotionaalisesti latautuneet ihmissuhteet suojaavat yksilöä negatiivista stressiltä, joka aiheutuu ihmisen sosiaalisesta ympäristöstä tai elämäntilanteesta. Casell (1976) puolestaan kuvaili tutkimuksessaan kuinka sosiaaliset tekijät lisäävät yksilön sairastumisen mahdollisuutta. Casellin mukaan negatiivisen stressin synnyssä oleellista on se, että psykososiaaliset tekijät yksilöiden ympäristössä tulkitaan vaaroiksi, joka puolestaan vaikuttavat aivojen välittäjäaineiden toiminnan kautta ihmisen psyykeeseen ja hyvinvointiin. (Weiss 1979, Casell 1976; ref. Samuelsson 1995, 10.)

Stressiteorian viitoittaman voidaan ajatella, että lapsen sosiaalisessa verkostossa ilmenevät sosiaaliset suhteet ja niiden määrä saattavat joissakin tilanteissa muuttua lapselle stressitekijöiksi ja vaikuttaa lapsen oireiluun ja hyvinvointiin. Sosiaalisia suhteita saattaa olla lapsen kasvuympäristössä lapsen hyvinvoinnin kannalta epäsuotuisa määrä, jolloin sosiaaliset suhteet saattavat muuttua lapsen hyvinvoinnin kannalta ongelmalliseksi ja luoda turvattomuutta. Sosiaalisen maailman liika kuormitus (stressi) voi purkautua lapsen psyykkisenä oireiluna ja käyttäytymishäiriöinä eli toisin sanoen lapsen kokemana pahoinvointina. Toisaalta lapsen sosiaalisessa verkostossa ilmenevät sosiaaliset suhteet ja niiden määrä saattavat myös suojata lasta stressiltä ja oireilulta.

Bowlbyn kiintymyssuhdeteorian (1969, 1973, 1980) viitoittamana voidaan myös ajatella, että lasten sosiaalisten verkostojen ominaispiirteiden ja lasten hyvinvoinnin välinen yhteys selittyy lasten sosiaalisista suhteistaan saaman hoivan, rakkauden ja turvan perusteella. Lasten sosiaalisista suhteistaan saama hoiva, turva ja rakkaus selittävät ensinnäkin sitä ketä lapset mainitsevat kuuluviksi sosiaaliseen verkostoonsa ja missä määrin. Kahnin ja Antonucin (1980, 272–277) Bowlbyn kiintymyssuhdeteoriasta vaikutteita saaneessa sosiaalisen saattueen-mallissa sosiaalisen verkoston nähdään heijastelevan lasten sosiaalisten suhteiden määrää ja laatua. Se miten nämä sosiaaliset suhteet suhteutuvat toisiinsa sosiaalisessa saattueessa (tässä tutkimuksessa maalitauludigramman läheisyyttä kuvaavilla kehillä) kertoo siitä, miten tärkeinä lapset ovat omat sosiaaliset suhteensa kokeneet. Voidaankin ajatella, että sosiaaliset suhteet koetaan sitä tärkeämpänä, mitä enemmän lapsi on saanut sosiaalisista suhteistaan turvaa, hoivaa ja rakkautta.

Lasten sosiaaliset suhteet ja niiden määrä ovat yhteydessä tämän tutkimuksen tulosten perusteella lasten emotionaaliseen hyvinvointiin. Emotionaalinen hyvinvointi saattaisi puolestaan liittyä juuri lasten kokemaan turvallisuuden, hoivan ja rakkauden kokemukseen. Toisaalta, se, että lasten ydinverkoston ihmissuhteiden todettiin olevan yhteydessä lasten käyttäytymishäiriöihin saattaa kertoa jotakin siitä, että lasten kokiessa puutetta hoivasta, rakkaudesta ja turvasta (ydinverkoston ihmisiä suhteita vähän lapsen sosiaalisessa verkostossa) nimenomaan lasten käyttäytymishäiriöiden määrä kasvaa.

Lasten sosiaalisen verkoston rakenteellisten ominaisuuksien ja näiden rakenteiden koon yhteyttä lasten hyvinvointiin ei pidä ymmärtää yksiselitteisesti. Vaikka tutkimuksessa onkin pyritty etsimään vastausta siihen ovatko lasten sosiaalisten verkostojen rakenteeseen ja kokoon liittyvät tekijät yhteydessä lasten hyvinvointiin, tätä kysymystä ei pidä sekoittaa siihen, suojaavatko jotkut sosiaalisen verkoston rakenteeseen ja kokoon liittyvät ominaispiirteet lapsia pahoinvoinnilta, tai toisaalta altistavatko jotkut lasten sosiaalisen verkoston rakenteeseen ja kokoon liittyvät ominaispiirteet



lapsia pahoinvoinnille. Huomioitavaa on se, että tämän tutkimuksen tutkimustulokset kertovat tarkkaan ottaen vain siitä, että sosiaalisen verkoston rakenteeseen ja kokoon liittyvät ominaispiirteet ovat yhteydessä lasten oireiluun. Mahdollisesti lasten oireilua ei tällöin selitä ainoastaan lasten sosiaalisen verkoston rakenne ja koko, vaan joku kolmas lasten sosiaalisen verkoston kokoon ja lasten oireiluun vaikuttava tekijä. Tällainen voisi olla esimerkiksi lasten päivähoitoympäristö, joka saattaa vaikuttaa sekä lasten sosiaalisen verkoston rakenteisiin esimerkiksi suurentamalla lasten perheen ulkopuolisen verkoston kokoa että lasten oireiluun esimerkiksi altistamalla lasta itsessään oireilulle. Voidaankin todeta, että sosiaalisen verkoston koon ei voida katsoa yksiselitteisesti suojaavan lasta oireilulta tai altistavan häntä oireilulle, vaan lasten oireilun suoja- ja riskitekijät saattavat olla lasten sosiaalisessa verkostoon ja oireiluun välillisesti vaikuttavissa muissa tekijöissä esimerkiksi lasten erilaisissa kasvuympäristöissä. Tästä tarvittaisiin vielä lisää yksityiskohtaisempaa tutkimustietoa, jotta voitaisiin varmasti saada selville millaisia lasten hyvinvoinnin riski- tai suojatekijöitä lasten sosiaaliset verkostot ovat. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan kuitenkin tehdä johtopäätös siitä, että lasten sosiaalisen verkoston rakenteeseen ja kokoon liittyvät tekijät olivat yhteydessä lasten oireiluun samansuuntaisesti riippuen lasten sosiaalisten verkostojen rakenteellisista ominaispiirteistä. Kysymys miksi näin on, jää kuitenkin vielä avoimeksi.

## **7.5 Lopuksi**

Lasten sosiaalisten verkostojen tutkimuskenttä on moninaisuudestaan huolimatta erittäin kiinnostava ja tulevaisuudessa toivottavasti järjestelmällisemmin lähestytty ja tavoitettu tutkimusaihe. Mielenkiinto lasten sosiaalisten verkostojen tutkimusta kohtaan tehdessäni tutkimusta vain kasvoi, ja toivonkin, että voisin jossain vaiheessa elämäni jatkaa tutkimusta tutkimusaiheen parissa, sillä kysymyksiä on enemmän nyt, kuin tutkimuksen tekoa aloittaessani. Tämä tutkimus tavoittaa kuitenkin vain pienen osan siitä todellisuudesta, joka edustaa lasten sosiaalista maailmaa. Toki lapsetkin ovat yksilöitä, mutta uskon, että jonkinlainen yhtenäinen todellisuus on tulevaisuudessa tästä lasten sosiaalisesta maailmasta löydettävissä kunhan sosiaalisen verkoston tutkimusmetodeja ja kenttää kehitetään ja yhtenäistetään lisää tulevaisuudessa. Toisaalta lasten sosiaalisista verkostoista saataisiin tulevaisuudessa lisää arvokasta tutkimustietoa myös tutkimalla lasten sosiaalisia verkostoja eri lähtökohdista ja näkökulmista. Erityisesti tutkimusta tarvitaan lisää lasten hyvinvoinnin riski- ja suojatekijöistä. Yksityiskohtaisempaa tietoa riski- ja suojatekijöistä saataisiin yhdistämällä laadullista ja määrällistä tutkimusta aiheesta. Laadullinen lähestymistapa lisäisi syvempää ymmärrystä lasten sosiaalisten verkostojen ominaispiirteistä ja lasten elinympäristöistä lasten hyvinvoinnin taustalla.

Erityisesti tämä tutkimus jättää avoimeksi kysymyksiä, jotka koskevat sukupuolen merkitystä lasten oireilun ja sosiaalisen verkoston muotoutumisprosessin taustalla, sekä kysymyksiä jotka koskevat sitä, millainen merkitys lasten mielikuvitusystävillä ja lemmikeillä on lasten hyvinvoinnille. Mielenkiintoista olisi vielä yksityiskohtaisesti myös selvittää, miksi lasten ydinverkosto oli ainoana sosiaalisen verkoston rakennetta ja kokoa kuvaavana ominaispiirteenä yhteydessä lasten käyttäytymisen häiriöihin. Myös sitä pitäisi selvittää minkä takia sosiaalisen verkoston rakenne ja koko olivat yhteydessä nimenomaan lasten emotionaaliseen oireiluun. Tutkimusta pitäisi tulevaisuudessa ehdottomasti syventää vielä niin, että lasten kasvuympäristöihin liittyvät taustamuuttujien vaikutukset otettaisiin huomioon tutkimusta tehtäessä ja näin ollen saataisiin yksityiskohtaisempaa tietoa niistä mekanismeista, jotka vaikuttavat lasten sosiaalisen verkoston muotoutumisprosessin ja lasten hyvinvoinnin taustalla.

Vaikka kysymyksiä on enemmänkin kuin tämän tutkimuksen tekoa aloittaessani, loppuen lopuksi tutkimus avaa kuitenkin portteja lasten sosiaalisen verkoston rakenteiden ja hyvinvoinnin välisen suhteen ymmärtämiselle, koska havaitaan, sosiaalisen verkoston ja hyvinvoinnin välisen yhteyden olevan mahdollinen. Kaksin on vanhan viisaudenkin mukaan kaunihimpi. Aivan näin yksinkertainen totuus sosiaalisten suhteiden ja hyvinvoinnin välisestä suhteesta ei kuitenkaan ole. Tarvitsemme ympärillemme muita ihmisiä, mutta emme kuitenkaan liian paljon. Sosiaalisen verkoston rakenteiden lasten hyvinvoinnille suotuisin koko määräytyy sosiaalisen suhteiden toiminnallisten ominaispiirteiden ja tarkoituksen mukaan. Esimerkiksi ydinverkoston ihmissuhteiden suuri määrä lasten sosiaalisessa verkostossa lisää lasten hyvinvointia. Perheen ulkopuolisia ihmissuhteita ei puolestaan saisi olla lasten sosiaalisessa verkostossa liian vähän tai liikaa. Kaksin voi siis olla kaunihimpi, sillä ihminen sosiaalisena olentona tarvitsee lähelleen muita. Kuitenkin tämän totuuden sisään mahtuu monta muuta uutta totuutta.

## Lähteet:

- Achenbach T.M. (1991): *Manual for the Child Behavior Checklist/4–18 and 1991 Profile*. Department of Psychiatry Universitet of Vermont.
- Achenbach T. M & Howell C.T (1993): *Are American children's problems getting worse? A 13-year comparison*. J Am Child Adolesc Psychiatry. s.1145–1154.
- Achenbach T.M, Dumenci L & Rescola L. A (2003): *Are American children's problems still getting worse? A 23-year comparison*. J Abnorm Child Psychology 31, s.1–11.
- Acitelli, L.K & Antonucci, T.C. (1994): *Gender differences in link between marital support and satisfaction in older couples*. Journal of Personality and Social Psychology, 67(4), s.688–698.
- Antonucci T. C (1994); *A life-span view of women's social relations*. Women Growing Older. Thousand Oaks. Sage Publications. s.355–372.
- Antonucci T.C, Akiyama, H. & Lansford, J.E. (1998): *The negative effects of close relations among older adults*. Family Relations 47 (4), s. 379–384.
- Antonucci, T. C, Akiyama, H. & Takahashi, K. (2004): *Attachment and close relationships across the life span*. Attachment & Human Development 6 (4), s. 353–370.
- Arend, R., Gove, F. & Sroufe, L.A. (1979): *Continuity of individual adaptation from infancy to kindergarten: A predictive study of ego- resiliency and curiosity in preschoolers*. Child Development 50, s. 950–959.
- Bardy M. (1996): *Lapsuus ja aikuisuus kohtauspaikkana Émile*. Sosiaali-ja terveystalouden tutkimus ja kehittämiskeskusten tutkimuksia 70. Stakes.
- Barnes, J.A. (1954): *Class and committees in a Norwegian Island Parish*. Human relations 7, s.39–58.
- Belle D. (1989): *Gender differences in Children's Social Supports*. In D. Belle. Children's Social Networks and Social Supports. Wiley. New York. s.1–12.
- Berger, P. & Lucmann, T. (1966): *Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen*. Yliopistopaino. Helsinki.
- Bowlby, J. (1969): *Attachment and Loss. Vol. 1: Attachment*. Hogarth Press. London.
- Bowlby, J. (1973): *Attachment and Loss. Vol. 2: Separation*. Hogarth Press. London.
- Bowlby, J. (1980): *Attachment and Loss. Vol. 3: Loss, Sadness and Depression*. Hogarth Press. London
- Bronfenbrenner, U. (1979): *Ecology of Human Development*. Haward University Press, London.
- Bronfenbrenner, U. (1986): *Ecology of the Family as a Context for human Development: Research Perspectives*. Developmental Psychology (22) 6, s. 723–742.
- Cassell J. (1976): *The contribution of the social environment to host resistance*. American Journal of Epidemiology 104, s. 107–123.

- Cassidy J. & Asher S. (1992): *Loneliness and Peer Relationship in Young Children*. Child development 63, s.350–365.
- Cornelis, C.M., Ameling E.H., & Jonghe F. (1989): *Life events and social network in relation to the onset of depression. A controlled study*. Acta Psychiatrica Scandinavia 80, s. 174–179.
- Costello E.J., Egger, H. & Angold, A.(2005): *10 year research update review: the epideology of child and adolescent psychiatric disorders*. 1.Health burden. Methods and public health burden. Jam Acad Child Adolesc Psychiatry 44, s.972–986.
- Costello. EJ. Foley, DL. Angold, A(2006): *10 years research update review: the epideology of child and adolescent psychiatric disorders* 2. *Developmental epidemiology*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 41, s.8–25.
- De Jong P.F. (1997): *Short-term trends in Dutch children's attention problems*. Eur Child Adolesc Psych 6, s.73–80.
- Franco, N. & Levitt, M. (1997): *The Social Ecology of Early Childhood: Preschool Social Support Networks and Social Acceptance*. Social Development 6 (3), s. 292–306.
- Grossman, K. & Grossmann K.E. (1991): *Attachment quality as an organizer of emotional and behavioral responses in a longitudinal perspective. Attachment across the life cycle*. Tavistock/Routledge. New York.
- Hamilton, C .E. (2000): *Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence*. Child Development 71, 690–694.
- Hamilton G.,Ponzoha C., Cutle D. & Weigel R. (1989): *Social networks and Negative Versus Positive Symptoms of Schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin (15) 4, s.625–633.
- Hansson, B. (1988): *Social network social support, and health elderly man*. A populaiton study. Doctoral dissertation. Malmö.
- Hanson, B. & Östergren P. (1987): *Different Social Network and Social Support Charasteristics, Nervous Problems and Insomnia: Theoretical and Methodological Aspects and Some Results from the population Study "Men Born in 1914"*. Social Science Medicin. 25, s.849–859.
- Hautamäki, A. (2000): *Kiinnittymisteoria*. Psykologia 35 (1) 4–29.
- Isaccsons, S. (1986): *Socialt stödt-viktigt för hälsan*. Läkartidningen 83, (3) s.133–136.
- Järventie, I.(2006): *Teorioiden ja metodien lapset: Oikean ja väärän tuloksen dilemma tutkimuksessa*.s.9–40. Teoksessa: Järventie, I. Lähde. M. & Paavonen, J. (2006): *Lapsuus ja kasvu ympäristöt – tutkimuksen kuvina*. Yliopistopaino. Helsinki.
- Järventie, I. & Sauli, H. (2001): *Johdanto* s.7–18. Teoksessa: Järventie I, & Sauli H. (eds. ) (2001): *Eriarvoinen lapsuus*. WSOY. Porvoo
- Kahn, R. L & Antonucci, T. C (1980): *Convoys over the life course: Attachment, roles and social support*. Teoksessa: P.B Baltes ja O.G Brimm (eds.) (1980): *Life Span Development and Behavior* (3) Academic Press. New York.

- Lazarus, R. S & Folkman, S. (1984): *Stress, appraisal, and coping*. Springer. New York.
- Lahikainen A. R & Sundquist S. (1979): *Kolmevuotiaiden ja sitä nuorempien lasten reaktiot päivähoitoon*. Helsingin yliopiston julkaisuja 1.
- Lahikainen, A. R., Kraav, I., Kirmanen, T. & Maijala, L. (1995): *Lasten turvattomuus Suomessa ja Virossa. 5–12-vuotiaiden lasten huolten ja pelkojen vertaileva tutkimus*. Kuopion yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos.
- Lahikainen A. R, Kraav, I. Kirmanen, T & Taimalu, M. (2006): *Child Parent Agreement in assesment of Young Children`s Fears: A Comparative Perspective*. Journal of Cross-Cultural Psychology. (37) 1 s.100–119.
- Lahikainen, A.R., Tolonen, K. & Kraav, I (2007): *Young Chiildren´s Subjektive Well-Being and Family Discontents in a Changing Cultural Context*. Springer Science Business and Media 1, s.65–85.
- Levitt, M.J., Guacci-Franco, N. & Levitt, J.L (1993): *Convoys of Social Support in Childhood and Early Adolescence*. Structure and Function Developmental Psychology 29, s.811–818
- Levitt (2005): *Social Relations in Childhood and Adolescence: The Concoy Model Persperctive*. Human Development 48, 28–48
- Livingstone, S & Lemish, P (2001): *Doing Comaparative Reseach with Children and Young People*. Teoksessa; Livingstone S, & Bovill M, (eds) *Chidren and their Cahnging Media Enviroment*. A Euoropian comparative Study. Lawrence Elbam Associates.Publisher, Mawah, New Jersey, London 31–50.
- Magai, C. (2001): *Emotions over life the lifespan.Handbook of the psychology of aging*, Academic Press. San Diego. s. 399–426.
- Magne –Ingvar, U. Öjahagen, A. & Träskman-Bendz, L. (1992): *The social network of people who attempt suicide*. Acta psychiatric Scandinavia 86, s.153–158.
- Marvin, R.S & Britner, P.A. (1999): *Normative development: Ontogeny of attachment. Handbook of attachment theory and research*. The Guilford Press. New York. s.44–67
- Mattila Mikko & Uusikylä Pertti ( 1999): *Verkostoyhteiskunta. Käytännön johdatus verkostoanalyysiin*. Gaudeamus.
- Moreno J.L (1934): *Who Shall Survive*. New York, Bacon House.
- Nestmann, F & Hurellmann, K. (eds.) (1994): *Social networks and social support on childhood and adolescence*. Walter De Gruyter. Berlin. Germany.
- Paavonen, J.E. Pennonen, M. Roine, M. Valkonen S, & Lahikainen A.R. (2006): *Tv Exposure Associated with Sleep Disturbances in 5–6-Year Old Children*. Journal of Sleep Research 15, 154–161
- Ritala- Koskinen, Aino (2001): *Mikä on lapsen perhe? -tulkintoja lasten uusperhesuhteista*. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos.

Salmivalli, Christina (2005): *Kaverien kanssa. Vertaissuhteet ja sosiaalinen kehitys*. PS-kustannus. Keuruu.

Salzinger, S., Antrobus, J., & Hammer, M. (eds.) (1994): *Social networks of Children, adolescents and college students*. Hillsdale, N, J: Lawrence Erlbaum Associates.

Samuelsson Margareta (1995): *The Social Network and its Importance of Children in Single Parent Families: A comparison between a clinical group and a control group*. Studentlitteratur's printing office Lund, Sweden.

Sandler, I., Wolchic, S., Braver S. (1985): *Social support and children of divorce*. Teoksessa : Sarason ja B.R Sarason (1985): *Social support: theory, research and application*. Doedrecht, Martinus Nijhoff.

Santalahti, P. & Sourander, A. (2008): *Onko lasten psykiatrinen sairastuvuus lisääntynyt*. Duodecim 124, s.1499–1506.

Seikkula, J. (1996): *Sosiaaliset verkostot. Ammattiauttajan voimavara kriisissä*. Kirjayhtymä. Helsinki.

Sinkkonen, J. & Kalland, M. (2001): Johdanto: Ihminen tarvitsee läheisyyttä. s.7–11 Teoksessa Jari Sinkkonen & Mirjam Kalland (toim.) *Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen*. Werner Söderström Osakeyhtiö. Helsinki.

Tick N.T, van der Ende J, Koot H.M, Verhulst F.C. (2007): *14-Year changes in emotional and behavioral problems of very young Dutch children*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 46, 1333–40.

Valkonen, S. Pennonen, M & Lahikainen A.R. (2005): *Televisio pienten lasten arjessa*. Teoksessa: Lahikainen, A.R, Inkinen, T. Kangassalo, M. Kivimäki, R. & Mäyrä, F. (eds.) *Lapsuus mediamailmassa. Näkökulmia lasten tietoyhteiskuntaan*.

Weiss, R. S. (1974): *The provision of social relations* In Z. Rubin (eds.) *Doing unto others*. pp .Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.s.17–26

Toistaiseksi julkaisematon lähde: Lahikainen, A. R. Tolonen, K. Roine, M. & Kraav, I. (2012): *The Social Networks of Children Aged 5–6 in Changing Socio- Cultural Context*- julkaisun käsikirjoitus

## Liitteet

### Liite 1. Lasten kyselylomake

LASTEN HAASTATTELU: 5-6 VUOTIAAT

LOMAKE 1

TÄRKEÄT IHMISET

KYSYMYKS 3

LAPSEN NRO: \_\_\_\_\_

HAASTATTELIJA: \_\_\_\_\_

LAPSELLE TÄRKEÄT IHMISET:

	0	1	2	3
Vanhemmat:				
Äiti				
Isä				
Äitipuoli				
Isäpuoli				
Isovanhemmat:				
Mummo				
Mummo				
Ukki				
Ukki				
Sisarukset:				
Sisko				
Sisko				
Sisko				
Sisko				
Veli				
Veli				
Veli				
Veli				
Velipuoli				
Velipuoli				
Siskopuoli				
Siskopuoli				
Hoitajat:				

päivähoitokaverit:				
Leikkikaverit/Muut				
Lapset:				
Naapurit:				
Sedät/Tädit:				
Muut aikuiset:				
Muut:				



**Liite 2. CBCL -mittaukseen osallistuvien lasten (N=283) ja normiotoksen (Achenbach, 1991) CBCL -pisteiden keskiarvot ja hajonnat sukupuolen mukaan luokiteltuina.**

	Pojat CBCL/1991	Pojat aineisto	Tytöt CBCL/1991	Tytöt aineisto
<b>CBCL oireskaalat</b>	<b>keskiarvo (keskihajonta)</b>	<b>keskiarvo (keskihajonta)</b>	<b>keskiarvo (keskihajonta)</b>	<b>keskiarvo (keskihajonta)</b>
oireilun kokonaisuus	24.3	21.2	23.1	19.8
r-pisteet	(15.6)	(15.8)	(15.5)	(12.0)
oireilun kokonaisuus	50.1	48.2	50.1	48.4
t-pisteet	(9.9)	(9.8)	(9.9)	(8.5)
emotionaalinen oireilu r-pisteet	5.6 (4.7)	4.1 (4.3)	6.3 (5.5)	4.7 (4.0)
emotionaalinen oireilu t-pisteet	50.2 (9.6)	46.8 (9.6)	50.0 (9.7)	47.6 (8.4)
vetäytyminen	1.8 (1.9)	1.3 (1.6)	2.0 (2.0)	1.5 (1.8)
somaattiset oireet	0.8 (1.3)	1.4 (1.7)	1.1 (1.5)	1.3 (1.4)
ahdistuneisuus/ masentuneisuus	2.1 (2.6)	1.6 (2.0)	1.0 (1.6)	2.0 (2.2)
käyttäytymisen häiriöt r-pisteet	9.8 (7.1)	8.6 (6.9)	8.2 (6.1)	7.4 (5.3)
käyttäytymisen häiriöt t-pisteet	50.0 (9.9)	48.5 (9.1)	50.0 (9.6)	49.2 (8.3)
sääntöjä rikkova käytös	1.6 (1.7)	1.3 (1.5)	1.2 (1.4)	1.1 (1.2)
aggressiivisuus	8.2 (5.8)	7.3 (5.6)	7.0 (5.2)	6.3 (4.4)
ajattelun häiriöt	0.5 (0.9)	0.4 (0.8)	0.5 (1.0)	0.3 (0.6)
tarkkavaisuuden vaikeudet	3.3 (2.8)	2.8 (2.3)	2.5 (2.5)	2.4 (2.0)
sosiaaliset vaikeudet	2.0 (1.9)	1.3 (1.6)	1.9 (1.7)	1.2 (1.4)

**Liite 3. Lasten (N= 279) CBCL - pisteiden keskiarvot ja hajonnat lasten sosiaalisen verkoston kokonaisverkoston koon mukaan luokiteltuna sekä Kruskal Wallisin testisuureet.**

CBCL r-pisteet kokonaisverkosto	suppea verkosto 1–9 ihmissuhdetta N=90	keskikokoinen verkosto 10–15 ihmissuhdetta N=106	suuri verkosto 16–43 ihmissuhdetta N=83	Kruskal Wallisin testisuureet		
	keskiarvo (keskihajonta)	keskiarvo (keskihajonta)	keskiarvo (keskihajonta)	df	$\chi^2$	p-arvo
oireilun kokonaisesiintyvyys	21.6 (15.2)	19.8 (13.5)	20.1 (13.0)	2	0.838	0.70
emotionaalinen kokonaisoireilu	4.6 (4.3)	3.9 (4.2)	4.5 (3.8)	2	3.328	0.19
vetäytyminen	1.6 (1.8)	1.2 (1.7)	1.3 (1.6)	2	6.064	0.48*
somaattiset oireet	1.2 (1.3)	1.2 (1.6)	1.6 (1.6)	2	5,049	0.08•
ahdistuneisuus/ masentuneisuus	1.9 (2.5)	1.6 (2.0)	1.7 (1.9)	2	0.257	0.88
käyttäytymis- häiriöiden kokonaisoireilu	8.9 (7.0)	7.5 (5.5)	7.6 (5.6)	2	2.119	0.35
sääntöjä rikkova käytös	1.4 (1.6)	1.1 (1.1)	1.2 (1.3)	2	0.899	0.64
aggressiivisuus	7.6 (5.7)	6.5 (4.7)	6.3 (4.7)	2	2.596	0.27
ajattelun häiriöt	0.3 (0.8)	0.4 (0.7)	0.3 (0.6)	2	3.168	0.21
tarkkavaisuuden vaikeudet	2.8 (2.4)	2.6 (2.1)	2.4 (1.9)	2	1.226	0.54
sosiaaliset vaikeudet	1.2 (1.4)	1.4 (1.6)	1.2 (1.3)	2	1.232	0.55

• p< 0.1 CBCL-oireipisteissä tilastollisesti likimain lähes merkitsevä ero

\* p<0.05 CBCL-oireipisteissä tilastollisesti lähes merkitsevä ero

\*\*p<0.01 CBCL-oireipisteissä tilastollisesti merkitsevä ero

\*\*\*p<0.001CBCL-oireipisteissä tilastollisesti erittäin merkitsevä ero

**Liite 4. Lasten (N=279) CBCL - pisteiden keskiarvot ja hajonnat lasten perheverkoston koon mukaan luokiteltuna sekä Kruskal Wallisin testisuureet.**

CBCL r-pisteet perheverkosto	suppea verkosto 0–2 ihmissuhdetta N=57	keskikokoinen verkosto 3 ihmissuhdetta N=139	suuri verkosto 4–8 ihmissuhdetta N=83	Kruskal Wallisin testisuureet		
	keskiarvo (keskihajonta)	keskiarvo (keskihajonta)	keskiarvo (keskihajonta)	df	$\chi^2$	p-arvo
oireilun kokonaisesiintyvyys	21.8 (14.5)	21.7 (13.6)	17.6 (13.7)	2	7.248	0.03*
emotionaalinen kokonaisoireilu	5.2 (4.8)	4.6 (4.0)	3.6 (3.8)	2	9.707	0.008**
vetäytyminen	1.6 (1.7)	1.4 (1.7)	1.1 (1.7)	2	8.001	0.02*
somaattiset oireet	1.6 (1.9)	1.3 (1.3)	1.1 (1.5)	2	5.849	0.05*
ahdistuneisuus/ masentuneisuus	2.1 (2.6)	1.9 (2.2)	1.2 (1.8)	2	6.976	0.03*
käyttäytymis- häiriöiden kokonaisoireilu	8.4 (6.5)	8.2 (5.8)	7.4 (6.2)	2	1.691	0.43
sääntöjä rikkova käytös	1.3 (1.5)	1.2 (1.3)	1.1 (1.3)	2	0.608	0.74
aggressiivisuus	7.2 (5.4)	6.9 (4.8)	6.3 (5.2)	2	1.664	0.44
ajattelun häiriöt	0.2 (0.6)	0.4 (0.8)	0.3 (0.6)	2	2.014	0.40
tarkkavaisuuden vaikeudet	2.2 (1.6)	2.9 (2.2)	2.4 (2.3)	2	5.779	0.06•
sosiaaliset vaikeudet	1.2 (1.5)	1.3 (1.4)	1.1 (1.4)	2	1.289	0.53

•  $p < 0.1$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti likimain lähes merkitsevä ero

\*  $p < 0.05$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti lähes merkitsevä ero

\*\*  $p < 0.01$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti merkitsevä ero

\*\*\*  $p < 0.001$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti erittäin merkitsevä ero

**Liite 5. Lasten (N=279) CBCL - pisteiden keskiarvot ja hajonnat lasten sosiaalisen verkoston sisarus-  
ten määrän mukaan luokiteltuna sekä Kruskal Wallisin testisuureet.**

CBCL-r pisteet sisarusten määrä	suppea verkosto  ei yhtään sisarusta  N=52	keskikokoinen verkosto  yksi sisarus  N=145	suuri verkosto  2–6 sisarusta  N=82	Kruskal Wallisin testisuureet		
	keskiarvo (keskihajonta)	keskiarvo (keskihajonta)	keskiarvo (keskihajonta)	df	$\chi^2$	p-arvo
oireilun kokonaisuintyyvyys	21.9 (15.0)	21.6 (13.4)	17.7 (13.2)	2	6.821	0,03*
emotionaalinen kokonaisoireilu	5.1 (5.1)	4.6 (3.9)	3.4 (3.8)	2	8.403	0.02*
vetäytyminen	1.7 (1.8)	1.4 (1.7)	1.1 (1.7)	2	6.579	0.03*
somaattiset oireet	1.7 (2.0)	1.3 (1.3)	1.1 (1.5)	2	6.677	0.04*
ahdistuneisuus/ masentuneisuus	2.0 (2.3)	1.9 (2.3)	1.3 (1.8)	2	4.445	0.11
käyttäytymis- häiriöiden kokonaisoireilu	8.4 (6.4)	8.3 (5.8)	7.3 (6.2)	2	2.120	0.35
sääntöjä rikkova käytös	1.3 (1.4)	1.3 (1.3)	1.1 (1.3)	2	1.070	0.59
aggressiivisuus	7.1 (5.3)	7.0 (4.8)	6.2 (5.2)	2	2.225	0.33
ajattelun häiriöt	0.3 (0.7)	0.4 (0.8)	0.3 (0.6)	2	1.068	0.59
tarkkavaisuuden vaikeudet	2.3 (1.8)	2.8 (2.2)	2.4 (2.3)	2	4.211	0.12
sosiaaliset vaikeudet	1.2 (1.5)	1.3 (1.5)	1.1 (1.4)	2	1.674	0.43

•  $p < 0.1$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti likimain lähes merkitsevä ero

\*  $p < 0.05$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti lähes merkitsevä ero

\*\*  $p < 0.01$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti merkitsevä ero

\*\*\*  $p < 0.001$  CBCL-oirepisteissä tilastollisesti erittäin merkitsevä ero

**Liite 6. Lasten (N=279) CBCL - pisteiden keskiarvot ja hajonnat lasten ydinverkoston ihmissuhteiden määrän mukaan luokiteltuna sekä Kruskal Wallisin testisuureet.**

CBCL r-pisteet ydinverkosto	suppea verkosto N=63	keskikokoinen verkosto N=117	suuri verkosto N=99	Kruskal Wallisin testisuureet		
	keskiarvo (keskihajonta)	keskiarvo (keskihajonta)	keskiarvo (keskihajonta)	df	$\chi^2$	p-arvo
oireilun kokonaisiintyyvyys	24.2 (15.2)	19.7 (13.5)	18.9 (13.2)	2	5.461	0,07•
emotionaalinen kokonaisuoireilu	5.2 (4.5)	4.2 (4.5)	3.9 (3.4)	2	3.550	0.17
vetäytyminen	1.6 (1.6)	1.4 (1.9)	1.1 (1.6)	2	6.579	0.04 *
somaattiset oireet	1.4 (1.6)	1.2 (1.6)	1.4 (1.3)	2	3.055	0.22
ahdistuneisuus/ masentuneisuus	2.3 (2.4)	1.7 (2.2)	1.4 (1.9)	2	6.310	0.04*
käyttäytymisen häiriöiden kokonaisuoireilu	9.6 (6.7)	7.7 (5.7)	7.3 (5.9)	2	7.143	0.03*
sääntöjä rikkova käytös	1.6 (1.6)	1.1 (1.3)	1.1 (1.3)	2	5.917	0.05*
aggressiivisuus	8.0 (5.4)	6.6 (4.9)	6.3 (4.9)	2	6.374	0.04*
ajattelun häiriöt	0.4 (0.8)	0.3 (0.7)	0.3 (0.7)	2	0.254	0.88
tarkkavaisuuden vaikeudet	3.0 (2.3)	2.5 (2.1)	2.4 (2.0)	2	3.528	0.17
sosiaaliset vaikeudet	1.4 (1.6)	1.3 (1.5)	1.1 (1.3)	2	1.924	0.38

• p< 0.1 CBCL-oireipisteissä tilastollisesti likimain lähes merkitsevä ero

\* p<0.05 CBCL-oireipisteissä tilastollisesti lähes merkitsevä ero

\*\*p<0.01 CBCL-oireipisteissä tilastollisesti merkitsevä ero

\*\*\*p<0.001CBCL-oireipisteissä tilastollisesti erittäin merkitsevä ero

**Liite 7. Lasten (N=279) CBCL - pisteiden keskiarvot ja hajonnat lasten perheen ulkopuolista verkostoa kuvaavissa verkostoluokissa ja Kruskal Wallisin testisuureet.**

CBCL r-pisteet per.ulk. verkosto	suppea verkosto 0–6 ihmissuhdetta N=89	keskikokoinen verkosto 7–11 ihmissuhdetta N= 98	suuri verkosto 12–39 ihmissuhdetta N=92	Kruskal Wallisin testisuureet		
	keskiarvo (keskihajonta)	keskiarvo (keskihajonta)	keskiarvo (keskihajonta)	df	$\chi^2$	p-arvo
oireilun kokonaisesiintyvyys	21.6 (15.6)	19.8 (13.6)	20.2 (12.6)	2	0,719	0,70
emotionaalinen kokonaisoireilu	4.5 (4.2)	4.0 (4.5)	4.6 (3.7)	2	3.853	0.15
vetäytyminen	1.6 (1.8)	1.2 (1.7)	1.3 (1.6)	2	5.178	0.08•
somaattiset oireet	1.2 (1.3)	1.1 (1.6)	1.6 (1.6)	2	8.714	0.02*
ahdistuneisuus/ masentuneisuus	1.8 (2.2)	1.8 (2.4)	1.7 (1.9)	2	0.540	0.76
käyttäytymis- häiriöiden kokonaisoireilu	8.9 (7.3)	7.7 (5.3)	7.4 (5.5)	2	1.149	0.56
sääntöjä rikkova käytös	1.3 (1.6)	1.2 (1.1)	1.2 (1.2)	2	0.031	0.99
aggressiivisuus	7.5 (6.0)	6.6 (4.5)	6.2 (4.5)	2	1.492	0.47
ajattelun häiriöt	0.3 (0.8)	0.4 (0.7)	0.3 (0.6)	2	2.684	0.26
tarkkavaisuuden vaikeudet	2.8 (2.4)	2.4 (1.9)	2.5 (1.9)	2	0.651	0.72
sosiaaliset vaikeudet	1.3 (1.4)	1.3 (1.6)	1.1 (1.2)	2	0.568	0.80

• p< 0.1 CBCL-oireipisteissä tilastollisesti likimain lähes merkitsevä ero

\* p<0.05 CBCL-oireipisteissä tilastollisesti lähes merkitsevä ero

\*\*p<0.01 CBCL-oireipisteissä tilastollisesti merkitsevä ero

\*\*\*p<0.001CBCL-oireipisteissä tilastollisesti erittäin merkitsevä ero

**Liite 8. Lasten (N=279) CBCL - pisteiden keskiarvot ja hajonnat lasten sosiaalisen verkoston isovanhempien määrän mukaan luokiteltuna sekä Kruskal Wallisin testisuureet.**

CBC r-pisteet isovanhempien määrä	suppea verkosto ei yhtään isovanhempaa N=58	keskikokoinen verkosto 1-2 isovanhempaa N=109	suuri verkosto 3-4 isovanhempaa N=112	Kruskal Wallisin testisuureet		
	keskiarvo (keskihajonta)	keskiarvo (keskihajonta)	keskiarvo (keskihajonta)	df	$\chi^2$	p-arvo
oireilun kokonaisesiintyvyys	22.5 (14.8)	18.9 (12.5)	21.0 (14.6)	2	1.763	0.41
emotionaalinen kokonaisoireilu	4.8 (4.2)	3.7 (3.7)	4.7 (4.5)	2	4.146	0.13
vetäytyminen	1.7 (2.0)	1.2 (1.5)	1.3 (1.7)	2	2.803	0.24
somaattiset oireet	1.3 (1.4)	1.0 (1.2)	1.6 (1.7)	2	6.487	0.04*
ahdistuneisuus/ masentuneisuus	1.9 (2.0)	1.6 (2.2)	1.8 (2.2)	2	2.061	0.36
käyttäytymis- häiriöiden kokonaisoireilu	9.3 (7.3)	7.4 (5.2)	7.9 (6.0)	2	1.741	0.42
sääntöjä rikkova käytös	1.5 (1.6)	1.0 (1.2)	1.2 (1.3)	2	2.989	0.22
aggressiivisuus	7.9 (6.0)	6.4 (4.4)	6.7 (5.1)	2	1.718	0.42
ajattelun häiriöt	0.4 (0.9)	0.3 (0.7)	0.4 (0.7)	2	3.940	0.14
tarkkavaisuuden vaikeudet	2.8 (2.2)	2.5 (2.1)	2.6 (2.2)	2	0.598	0.74
sosiaaliset vaikeudet	2.8 (2.2)	2.5 (2.1)	2.6 (2.2)	2	1.087	0.58

• p<0.1 CBCL-oireipisteissä tilastollisesti likimain lähes merkitsevä ero

\* p<0.05 CBCL-oireipisteissä tilastollisesti lähes merkitsevä ero

\*\*p<0.01 CBCL-oireipisteissä tilastollisesti merkitsevä ero

\*\*\*p<0.001CBCL-oireipisteissä tilastollisesti erittäin merkitsevä ero

**Liite 9. Lasten (N=279) CBCL - pisteiden keskiarvot ja hajonnat lasten perheen ulkopuolisen verkoston muiden lasten määrän mukaan luokiteltuna sekä Kruskal Wallisin testisuureet.**

	suppea verkosto	keskikokoinen verkosto	suuri verkosto	Kruskal Wallisin testisuureet		
Perheen ulkopuolisten lasten määrä	0-3 lasta	4-7 lasta	8-27 lasta			
	N=98	N=112	N=69			
	keskiarvo (keskihajonta)	keskiarvo (keskihajonta)	keskiarvo (keskihajonta)	df	$\chi^2$	p-arvo
oireilun kokonaisuoriintyvyys	23,0 (17,0)	18.0 (11.1)	20.9 (12,6)	2	3.224	0.20
emotionaalinen kokonaisoireilu	5.2 (5.0)	3.3 (3.4)	4.8 (3.6)	2	12.09	0.002**
vetäytyminen	1.7 (1.9)	1.1 (1.7)	1.3 (1.4)	2	9.470	0.009**
somaattiset oireet	1.4 (1.7)	1.0 (1.3)	1.7 (1.5)	2	8.426	0.02*
ahdistuneisuus/ masentuneisuus	2.2 (2.7)	1.2 (1.7)	1.9 (1.9)	2	9.431	0.009**
käyttäytymis- häiriöiden kokonaisoireilu	9.1 (7.4)	7.2 (4.9)	7.8 (5.4)	2	1.668	0.43
sääntöjä rikkova käytös	1.4 (1.6)	1.0 (1.2)	1.3 (1.2)	2	6.324	0.04*
aggressiivisuus	7.6 (6.1)	6.2 (4.1)	6.5 (4.6)	2	1.285	0.53
ajattelun häiriöt	0.4 (0.9)	0.2 (0.5)	0.5 (0.7)	2	9.411	0.009**
tarkkavaisuuden vaikeudet	2.9 (2.5)	2.5 (1.9)	2.4 (2.0)	2	1.084	0.58
sosiaaliset vaikeudet	1.4 (1.7)	1.2 (1.4)	1.0 (1.3)	2	2.400	0.30

• p< 0.1 CBCL-oireipisteissä tilastollisesti likimain lähes merkitsevä ero

\* p<0.05 CBCL-oireipisteissä tilastollisesti lähes merkitsevä ero

\*\*p<0.01 CBCL-oireipisteissä tilastollisesti merkitsevä ero

\*\*\*p<0.001CBCL-oireipisteissä tilastollisesti erittäin merkitsevä ero



**Liite 10. Lasten (N=279) CBCL - pisteiden keskiarvot ja hajonnat lasten perheen ulkopuolisen verkoston muiden aikuisten määrän mukaan luokiteltuna sekä Kruskal Wallisin testisuureet.**

Perheen ulkopuolisten aikuisten määrä	suppea verkosto ei yhtään aikuista N=115	keskikokoinen verkosto 1-2 aikuista N=80	suuri verkosto 3-10 aikuista N=84	Kruskal Wallisin testisuureet		
	keskiarvo (keskihajonta)	keskiarvo (keskihajonta)	keskiarvo (keskihajonta)	df	$\chi^2$	p-arvo
oireilun kokonaisuoriavuys	20.2 (13.6)	19.2 (12.4)	22.2 (15.6)	2	0.813	0.67
emotionaalinen kokonaisoireilu	4.0 (3.9)	4.1 (3.9)	4.9 (4.7)	2	1.908	0.39
vetäytyminen	1.3 (1.4)	1.3 (1.1)	1.5 (1.3)	2	0.053	0.97
somaattiset oireet	1.3 (1.3)	1.0 (1.3)	1.6 (1.9)	2	5.671	0.06•
ahdistuneisuus/ masentuneisuus	1.5 (2.0)	1.8 (2.4)	1.9 (2.2)	2	2.510	0.29
käyttäytymis- häiriöiden kokonaisoireilu	8.6 (6.3)	7.2 (5.4)	8.0 (6.3)	2	2.872	0.24
sääntöjä rikkova käytös	1.3 (1.4)	1.0 (1.1)	1.3 (1.3)	2	2.189	0.34
aggressiivisuus	7.3 (5.2)	6.1 (4.5)	6.7 (5.3)	2	3.268	0.20
ajattelun häiriöt	0.2 (0.6)	0.3 (0.6)	0.5 (0.9)	2	7.488	0.02*
tarkkavaisuuden vaikeudet	2.5 (2.1)	2.6 (2.0)	2.8 (2.4)	2	0.271	0.87
sosiaaliset vaikeudet	1.1 (1.3)	1.2 (1.4)	1.4 (1.7)	2	0.453	0.80

- p< 0.1 CBCL-oirepisteissä tilastollisesti likimain lähes merkitsevä ero
- \* p<0.05 CBCL-oirepisteissä tilastollisesti lähes merkitsevä ero
- \*\*p<0.01 CBCL-oirepisteissä tilastollisesti merkitsevä ero
- \*\*\*p<0.001CBCL-oirepisteissä tilastollisesti erittäin merkitsevä ero

**Liite 11. Tyttöjen T (N= 128) ja poikien P (N=145) CBCL t-pisteiden keskiarvojen vertailu lasten kokonaisverkoston kokoa kuvaavissa verkostoluokissa.**

CBCL t-pisteet Kokonaisverkosto	suppea kokonaisverkosto/ 1–9 ihmissuhdetta  tytöt N=36 pojat N=53	keskikokoinen kokonaisverkosto/ 10–15 ihmissuhdetta  tytöt N= 46 pojat N= 55	suuri kokonaisverkosto/ 16–43 ihmissuhdetta  tytöt N= 46 pojat N=37	Kaksisuuntaisen varianssianalyysin testisuureet			
	Keskiarvo (Keskihajonta)	Keskiarvo (Keskihajonta)	Keskiarvo (Keskihajonta)	F(A) F(B) F(AB)	df	F	p-arvo
kokonaisoireilu T	49.6 (7.6)	48.5 (8.6)	47.5 (9.0)	F(A)	1	0.17	0.68
kokonaisoireilu P	48.4 (10.7)	47.7 (8.8)	48.5 (8.4)	F(B)	2	0.37	0.69
kokonaisoireilu T+P	48.9 (9.5)	47.9 (8.6)	47.9 (9.3)	F(AB)	2	0.40	0.67
emotionaalinen oireilu T	48.7 (8.4)	46.6 (8.6)	48.0 (8.2)	F(A)	1	0.78	0.78
emotionaalinen oireilu P	47.1 (10.0)	45.8 (9.1)	47.4 (9.6)	F(B)	2	0.93	0.40
emotionaalinen oireilu T+P	47.7 (9.4)	46.2 (8.9)	47.7 (8.8)	F(AB)	2	0.08	0.92
käyttäytymisen häiriöt T	50.6 (7.4)	49.6 (8.3)	47.8 (8.8)	F(A)	1	0.60	0.44
käyttäytymisen häiriöt P	49.3 (10.4)	47.1 (7.9)	49.1 (8.2)	F(B)	2	0.90	0.41
käyttäytymisen häiriöt T+P	49.8 (9.3)	48.3 (8.1)	48.4 (8.5)	F(AB)	2	1.1	0.34

F(A)= lasten sukupuolen yhteys lasten oireiluun. F(B)= lasten kokonaisverkoston koon yhteys lasten oireiluun. F(AB)= lasten sukupuolen ja kokonaisverkoston koon yhdysvaikutus lasten oireiluun. T= tytöt, P =pojat.

- $p < 0.1$  CBCL-oireipisteissä tilastollisesti likimain lähes merkitsevä ero
- \*  $p < 0.05$  CBCL-oireipisteissä tilastollisesti lähes merkitsevä ero
- \*\*  $p < 0.01$  CBCL-oireipisteissä tilastollisesti merkitsevä ero
- \*\*\*  $p < 0.001$  CBCL-oireipisteissä tilastollisesti erittäin merkitsevä ero

**Liite 12. Tyttöjen T (N= 128) ja poikien P (N=145) CBCL t-pisteiden keskiarvojen ja vertailu perheen ulkopuolisen verkoston kokoa kuvaavissa verkostoluokissa.**

CBCL t-pisteet perheen ulkopuolinen verkosto	suppea verkosto/ 0–6 ihmissuhdetta  tytöt N=33 pojat N=55	keskikokoinen verkosto/ 7–11 ihmissuhdetta  tytöt N= 44 pojat N= 50	suuri verkosto/  12–39 ihmissuhdetta  tytöt N= 51 pojat N=40	Kaksisuuntaisen varianssianalyysin testisuureet			
	Keskiarvo (Keskihajonta)	Keskiarvo (Keskihajonta)	Keskiarvo (Keskihajonta)	F(A) F(B) F(AB)	df	F	p-arvo
kokonaisoireilu T	49.9 (7.7)	48.4 (8.7)	47.6 (8.6)	F(A)	1	0.25	0.62
kokonaisoireilu P	48.1 (9.6)	47.5 (8.7)	48.1 (8.9)	F(B)	2	0.34	0.72
kokonaisoireilu T+P	48.8 (9.6)	47.9 (8.7)	48.1 (8.9)	F(AB)	2	0.63	0.53
emotionaalinen oireilu T	48.7 (7.8)	46.8 (9.3)	47.8 (8.1)	F(A)	1	0.80	0.37
emotionaalinen oireilu P	46.8 (9.8)	45.5 (9.5)	47.9 (9.2)	F(B)	2	1.03	0.40
emotionaalinen oireilu T+P	47.5 (9.1)	46.1 (9.4)	47.9 (8.5)	F(AB)	2	0.27	0.77
käyttäytymisen häiriöt T	50.0 (7.7)	48.4 (8.7)	47.6 (8.6)	F(A)	1	0.25	0.62
käyttäytymisen häiriöt P	48.1 (10.6)	47.5 (8.8)	48.7 (9.5)	F(B)	2	0.34	0.72
käyttäytymisen häiriöt T+P	48.7 (9.6)	47.9 (8.7)	48.1 (8.9)	F(AB)	2	0.63	0.53

F(A)= sukupuolen yhteys lasten oireiluun. F(B)= lasten perheen ulkopuolisen sosiaalisen verkoston koon yhteys lasten oireiluun. F(AB)= sukupuolen ja lasten perheen ulkopuolisen sosiaalisen verkoston koon yhdysvaikutus lasten oireiluun. T= tytöt, P= pojat

•  $p < 0.1$  CBCL-oireipisteissä tilastollisesti likimain lähes merkitsevä ero

\*  $p < 0.05$  CBCL-oireipisteissä tilastollisesti lähes merkitsevä ero

\*\*  $p < 0.01$  CBCL-oireipisteissä tilastollisesti merkitsevä ero

\*\*\*  $p < 0.001$  CBCL-oireipisteissä tilastollisesti erittäin merkitsevä ero

**Liite 13. Tyttöjen T (N= 128) ja poikien P (N=145) CBCL t-pisteiden keskiarvojen vertailu perheen ulkopuolisen verkoston isovanhempien määrää kuvaavissa verkostoluokissa.**

CBCL t-pisteet isovanhempien määrä	suppea verkosto/ ei yhtään isovanhempaa	keskikokoinen verkosto/ 1–2 isovanhempaa	suuri verkosto/ 3–4 isovanhempaa	Kaksisuuntaisen varianssianalyysin testisuureet			
	tytöt N=23 pojat N=34	tytöt N= 48 pojat N= 58	tytöt N= 57 pojat N=53				
	Keskiarvo (Keskihajonta)	Keskiarvo (Keskihajonta)	Keskiarvo (Keskihajonta)	F(A) F(B) F(AB)	df	F	p-arvo
kokonaisoireilu T	49.4 (7.3)	49.2 (8.8)	47.4 (8.6)	F(A)	1	0.12	0.73
kokonaisoireilu P	49.7 (11.1)	45.9 (8.3)	49.4 (9.8)	F(B)	2	0.95	0.39
kokonaisoireilu T+P	49.6 (9.2)	47.3 (8.7)	48.4 (9.7)	F(AB)	2	2.26	0.11
emotionaalinen oireilu T	48.7 (7.8)	47.0 (8.6)	47.8 (8.6)	F(A)	1	0.69	0.40
emotionaalinen oireilu P	47.8 (10.6)	44.8 (8.4)	48.0 (9.8)	F(B)	2	1.78	0.17
emotionaalinen oireilu T+P	48.2 (9.5)	45.8 (8.5)	47.9 (9.1)	F(AB)	2	0.47	0.63
käyttäytymisen häiriöt T	50.6 (6.8)	49.9 (9.1)	48.2 (8.0)	F(A)	1	0.60	0.44
käyttäytymisen häiriöt P	50.1 (11.5)	46.7 (7.3)	49.3 (8.7)	F(B)	2	1.04	0.36
käyttäytymisen häiriöt T+P	50.3 (9.8)	48.1 (8.3)	48.7 (8.4)	F(AB)	2	1.7	0.18

F(A)= sukupuolen yhteys lasten oireiluun. F(B)= sosiaalinen verkoston isovanhempien määrän yhteys lasten oireiluun. F(AB)= sukupuolen ja isovanhempien määrän yhdysvaikutus lasten oireiluun. T= Tyttö, P= Poika

- $p < 0.1$  CBCL-oireipisteissä tilastollisesti likimain lähes merkitsevä ero
- \*  $p < 0.05$  CBCL-oireipisteissä tilastollisesti lähes merkitsevä ero
- \*\*  $p < 0.01$  CBCL-oireipisteissä tilastollisesti merkitsevä ero
- \*\*\*  $p < 0.001$  CBCL-oireipisteissä tilastollisesti erittäin merkitsevä ero